

RESUMO

A formação no curso de Serviço Social no Brasil desde a sua criação instituiu a realização do estágio supervisionado como regra acadêmica antecedente para a obtenção do grau de assistente social. A partir de nossa atividade de trabalho como supervisora de estágio acadêmico das estudantes estagiárias bolsistas FAEP no Serviço Social do Núcleo das Enfermarias do Hospital das Clínicas?UNICAMP, no período de 1995 a 2000, nos indagamos sobre a formação no encontro entre experiência e conhecimento a partir da realização das atividades de trabalho no estágio. Utilizamos como fonte empírica principal os diários de campo ? norma antecedente da unidade de ensino e do campo de estágio ? elaborados pelas estudantes no cotidiano de trabalho. Outras fontes utilizadas foram entrevistas realizadas com o uso do gravador e diário de campo de supervisão. A partir da abordagem ergológica analisamos o cotidiano de trabalho, a relação estabelecida entre as estudantes e as atividades por elas realizadas, bem como a formação que adveio dessa relação com esse meio novo ? hospital universitário público ? saturado de normas, saberes, tecnologia, relações de poder e de constante contato com o “objeto” vida/morte.

ABSTRACT

The graduation course in Social Work in Brazil since it's creation established as an academic rule the accomplishment of the supervised training to get the Social Worker degree. Starting from our work activity as an academic trainee supervisor for the scholarship trainee students FAEP in the Social Work Centre from Hospital das Clínicas' Nursery ?UNICAMP, from 1995 to 2000 ? We wondered about the educational process while putting experience and knowledge together from the trainee's work activities completion. It was used as a main empirical source the field diary, which is a previous rule for both, the teaching centre and training field and it was done by the students on their daily activities. There were other sources used such as interviews made with tape recorders and the supervisor's diary. Starting from the ergological approach we analysed the daily work, the relationship established between the students and their activities, as well as the educational process while flourished in this new environment ? a public university hospital where there is plenty of rules, power relationships, knowledge, technology as well as the constant contact with the “object” life/ death.

“Longe de defender, com efeito, um indeterminismo, uma irracionalidade, a questão do conhecimento do singular, assim entendida, convoca inesgotavelmente as riquezas do saber: precisamente porque ela tem a humildade de não prejudicar o que a história, em todos os sentidos do termo, tem feito de cada um como suporte de possíveis.(...)É por isso que a história sempre nos reserva surpresas.”

(Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 49)

Ao Luiz
À Camila

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Professora Maria Inês Rosa, minha orientadora, que me acompanhou, incentivou e discutiu com seriedade este trabalho. Seu compromisso profissional, solidez teórica, envolvimento e sensibilidade foram fundamentais para aprofundar aspectos e discutir as diversas facetas deste cotidiano instigante e multifacetado da formação na saúde.

Meu especial agradecimento às estudantes estagiárias do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias ? sujeitos desta pesquisa ? pois na disponibilidade para com este estudo, através do uso dos seus diários de campo e dos seus depoimentos, permitiram revelar a riqueza de seus itinerários de busca, suas histórias, sonhos, dificuldades e esperanças. E tornaram possível uma reflexão séria sobre a atividade de trabalho no âmbito do Serviço Social.

Agradeço à Professora Maria Lúcia Martinelli, do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, e à Professora Ernesta Zamboni, da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, pelas contribuições e discussão do texto durante o exame de qualificação.

À Sandra e à Virgínia, companheiras de jornada no Serviço Social do Hospital das Clínicas, pelo apoio durante estes anos de trabalho e de luta, juntas temos refletido sobre as possibilidades e as dificuldades em concretizar nossos sonhos. Meus agradecimentos são extensivos às assistentes sociais do Núcleo das Enfermarias com as quais tenho compartilhado os desafios do cotidiano. Registro também o agradecimento ao apoio recebido da Faculdade de Ciências Médicas que possibilitou o acesso às fotos do acervo da Santa Casa e do Hospital das Clínicas.

Minha gratidão aos colegas pós-graduandos Jurema, Paulo Celso, Remi, Áurea, Marlene, Marta e Dorival, integrantes do Grupo de Estudo Trabalho, Cultura e Educação coordenado pela Professora Doutora Maria Inês Rosa do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas. As contribuições nas discussões do trabalho e as sugestões apresentadas foram importantes para a realização deste estudo.

Por último, minha especial gratidão ao Luiz, à Camila e aos meus pais, pelo incondicional apoio e compreensão nas horas difíceis e nos momentos em que precisei me ausentar para perseguir meus sonhos. A companhia e o afeto que me dedicaram foram fundamentais no caminho da pesquisa que em alguns momentos apresentou dificuldades e dilemas, apesar de terem predominado os momentos de intenso desafio, de busca de nexos e de encontro de sentidos.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	01
CAPÍTULO I ? ESPAÇO DE TRABALHO E FORMAÇÃO	27
1.1. Hospital das Clínicas: de Santa Casa de Misericórdia a Hospital Regional de Referência	28
1.2. Enfermaria <i>locus</i> de trabalho e diversidade	46
1.3. Estágio supervisionado: norma antecedente e espaço de formação	63
1.4. Processo de trabalho do Serviço Social nas enfermarias	71
CAPÍTULO II ? ENCONTRO ENTRE EXPERIÊNCIA E CONHECIMENTO	83
2.1. Atendimento: encontros e confrontos	83
2.2. Silêncio e sentidos	108
CAPÍTULO III ? TRABALHO NA SAÚDE: TEMPORALIDADE E MICRO ?GESTÃO	123
3.1. Formação na atividade de trabalho do Serviço Social e os valores sem dimensão	123
3.2. Gestão no encontro de saberes: (re) configuração do coletivo	129
CONSIDERAÇÕES FINAIS ? EXPERIÊNCIA: DESAFIOS E HORIZONTES	153
BIBLIOGRAFIA	157

APRESENTAÇÃO

O objeto de pesquisa originou-se de nossa atividade de trabalho como supervisora de estágio, para a formação de estudantes de Serviço Social no Núcleo das Enfermarias no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). A partir destas atividades indagávamos sobre as atividades de trabalho do estágio quanto à formação de estudantes estagiárias bolsistas de Serviço Social no cotidiano de trabalho deste Núcleo. Preocupávamo-nos com a tensão entre os valores sem dimensão e os valores quantificáveis, que tem lugar nesse cotidiano de trabalho e formação. Particularmente porque estas atividades desenvolvem-se na área da Saúde Pública, de uma instituição universitária ? o Hospital das Clínicas ? cuja especificidade é o atendimento à população, ou seja, um público, que muitas vezes não tem recursos econômicos para cuidar de si, no que tange, no caso, à saúde. Mas também porque a própria atividade de trabalho que aí tem lugar cuida de um bem ? a vida ? a saúde, que, como aquele atendimento comporta os valores sem dimensão, ou seja, valores que não estão submetidos à lógica ou racionalidade mercantil¹, mais especificamente, ao cálculo econômico². O que faz este atendimento ancorar-se nesses valores, que são os do bem comum³. Todavia, no espaço social em que se desenrolam as atividades de trabalho do atendimento ao público, igualmente, aos demais espaços sociais, estão em permanente tensão, estes valores como os valores mercantis, os quantificáveis.⁴

É sob esta tensão, nas atividades de trabalho do estágio, pelas quais dá-se a formação das estudantes estagiárias, que tem lugar o encontro entre experiência e conhecimento⁵ por elas efetuado. Esse encontro está marcado, se assim podemos dizer, pelo que é específico nestas atividades, e não somente delas, mas desse espaço social: a relação estreita com o “objeto” vida/morte e a convivência diária com o mesmo. Desse modo, o objeto de nossa pesquisa é a formação das estudantes, sujeitos de nosso universo de

¹ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência*: um exercício necessário para uma questão insolúvel, p. 1

² Maria Inês ROSA, Trabalho nova modalidade de uso de si e educação: debates/ confrontos de valores, *Pro-Posições*, 11, 2 (32), *passim*.

³ Denise ALVAREZ, *Produção Acadêmica no Instituto de Física da UFRJ*: questões ligadas à temporalidade, organização do trabalho e avaliação, Capítulo 3.

⁴ Maria Inês ROSA, *op.cit.*, *passim*.

⁵ *Ibid*, *passim*.

pesquisa acima citado, no Núcleo das Enfermarias no HC ? UNICAMP, privilegiando-se a realização das atividades de trabalho e a experiência que através dessa realização vai sendo adquirida, ou seja aquele encontro, no atendimento direto aos doentes internados nas enfermarias do hospital, seus familiares e do trabalho com os demais profissionais da saúde na área de internação do hospital escola.

A atividade realizada pelas estudantes no campo⁶ de estágio, é trabalho e será considerado sob o crivo do trabalho não como execução mas do trabalho como uso de si⁷. Nosso estudo visa se constituir num instrumento para a reflexão do significado das atividades de trabalho no estágio supervisionado na ótica das estudantes de Serviço Social.

A experiência na realização das atividades de trabalho, durante o estágio, permitiu às estudantes contato com desafios materializados através de dificuldades, problemas, dilemas, escassez de recursos e necessidade de estabelecimento de parcerias com os demais profissionais e outras entidades governamentais e não governamentais. Buscamos apreender como se deu essa relação entre estudantes e atividades de trabalho no estágio no processo de inserção na instituição, na relação estabelecida com as normas, com os usuários, se houve influência na sua formação acarretada pela vivência face a doença, dor e morte e como estes aspectos foram trazidos por elas no seu diário de campo.

Entendemos, como Schwartz⁸, que é necessário buscar compreender as relações entre o mundo da educação e do trabalho e as dificuldades existentes para a sua articulação e para isso torna-se importante procurar compreender as múltiplas facetas do mundo do trabalho “(...) *existe no trabalho algo que escapa ao conhecimento dos responsáveis pela formação profissional e formação geral nas instituições de ensino.*”⁹

O Serviço Social é uma profissão de nível superior que tem um caráter interventivo, cuja profissão foi regulamentada em 1957. O assistente social é considerado profissional liberal cuja formação possui natureza técnico-científica e se constituiu como uma das prerrogativas do assistente social supervisionar profissionais e alunos em trabalhos

⁶ Logo a seguir explicaremos campo de estágio no contexto do curso do Serviço Social.

⁷ Maria Inês ROSA, Trabalho nova modalidade de uso de si e educação: debates/ confrontos de valores, *Pro-Posições*, 11, 2 (32), *passim*; Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32), *passim*.

⁸ Yves SCHWARTZ, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 6.

⁹ *Ibid.*, p. 6.

técnicos e práticos¹⁰ de Serviço Social. A regulamentação da profissão e as legislações que se sucederam mantiveram o estatuto de obrigatoriedade dos saberes disciplinares¹¹, do estágio supervisionado e do trabalho de conclusão de curso e se constituíram uma marca no decorrer da história da profissão no Brasil.

O curso de Serviço Social possui no currículo¹² disciplinas teóricas e disciplinas práticas denominada *Estágio Supervisionado*¹³ *como parte integrante e concomitante ao ensino teórico*¹⁴. O estágio é uma “*atividade curricular obrigatória que se configura a partir da inserção do aluno no espaço sócio institucional e objetiva capacitá-lo para o exercício do trabalho profissional, o que pressupõe supervisão sistemática.*”¹⁵

A prática é realizada no campo de estágio e está vinculada às disciplinas de Estágio Supervisionado na segunda, terceira e quarta séries do curso de Serviço Social, sendo de observação na segunda série e passando a ser de natureza interventiva na terceira e quarta séries.

No Brasil, o estágio em Serviço Social existe desde a fundação das primeiras escolas de Serviço Social na década de trinta¹⁶, sendo definido como de caráter obrigatório o ensino teórico, prático, os estágios supervisionados e a realização do trabalho de final de curso de exclusiva autoria do estudante.

O estágio supervisionado tem um estatuto legal no processo de formação do assistente social, é a norma acadêmica antecedente que o instituiu como exigência acadêmica para a obtenção do diploma de graduação em Serviço Social. Conforme assinala Canguilhem “*uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença. No entanto, propor-se não é o*

¹⁰ LEI nº 3252, 27 de agosto de 1957, Artigo 5º dispõe sobre as prerrogativas do assistente social. (grifos nossos)

¹¹ Yves SCHWARTZ, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7(38) : 12.

¹² No âmbito deste trabalho não temos como preocupação discutir a proposta de mudança curricular do curso de Serviço Social contemplada pela atual LDB. Sobre este tema remetemos o leitor a IAMAMOTO, M.V. Reforma do Ensino Superior e Serviço Social, *Temporalis*, 1 (1) : 35?79; CARDOSO, F.G. *et alii*. Avaliação institucional na universidade brasileira e os cursos de graduação em Serviço Social, *Temporalis*, 1 (1) : 109?32 e MARTINELLI, M.L. O ensino teórico-prático do serviço Social: demandas e alternativas, *Serviço Social & Sociedade*, XV (44) : 61?76.

¹³ LEI 8662/93, de 08 de junho de 1993, lei de Regulamentação da Profissão de assistente social publicada no Diário Oficial da União.

¹⁴ PARECER 412, de 04/08/82 do Conselho Federal de Educação.

¹⁵ ABESS/CEDEPSS. Formação Profissional: trajetórias e desafios, *Caderno ABESS: Edição Especial*, 7: 71.

¹⁶ Marta A. BURIOLLA, *Estágio supervisionado*, p. 13.

*mesmo que impor-se. Ao contrário de uma lei da natureza, uma norma não acarreta necessariamente seu efeito”*¹⁷.

Nosso objetivo não foi estudar o estágio supervisionado enquanto estatuto legal. O estágio é a norma antecedente acadêmica que permitiu às estudantes estarem no hospital para adquirirem experiência e para se formarem.

Ao analisarmos os trabalhos que tem sido produzidos sobre o estágio supervisionado em Serviço Social, observamos como assinala Silva que ora o estágio tem sido “*encarado como um setor residual, relega-se esta área a um plano secundário, pouco relevante (...) certamente em razão da vinculação imediata do estágio com a experiência cotidiana*”¹⁸, ora ele é visto como “*elemento pedagógico ‘válido por si mesmo’ ou seja desvinculado do contexto geral do curso, da universidade, enfim da totalidade da formação.*”¹⁹

Têm sido realizados, normalmente, estudos sobre a supervisão e o estágio²⁰, ou sobre estágio supervisionado e o papel dos professor, do supervisor de campo e do estudante²¹. Em geral tem se discutido mais a questão da supervisão em Serviço Social do que o trabalho, efetivamente, realizado pelo estudante em campo de estágio.

Estudos como o de Silva tem afirmado que “*nenhuma situação vivencial é tão abrangente e completa de modo a abarcar todos os conteúdos conceituais trabalhados pelos cursos*” e conclui a autora que nisto “*reside um sentimento de frustração, impotência, levando-os [estudantes], muitas vezes, à denúncia de que ‘a teoria vista no curso’ nada tem a ver com a realidade na qual acham-se inseridos em suas experiências de trabalho, ou que ‘na prática a teoria, é outra.’*”²²

No nosso entender, afirmar que o estágio “*é um treinamento para ação profissional*”²³ significa reduzir o trabalho a uma atividade de execução da norma antecedente, significa, ainda acreditar que o estudante vai realizar a atividade de trabalho

¹⁷ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 212.

¹⁸ Maria D. SILVA, O estágio na formação profissional ? elementos para análise. *Serviço Social & Sociedade*, XV (45) : 147.

¹⁹ *Ibid.*, p. 147.

²⁰ Marta A. BURIOLLA, *Supervisão em Serviço Social: supervisor, sua relação e seus papéis*, 1996; Rosa M. PINTO. *Estágio e supervisão: um desafio teórico e prático do Serviço Social*, 1997.

²¹ Marta A. BURIOLLA, *O estágio supervisionado*, 1999.

²² Maria D. SILVA, *op. cit.*, p. 147.

²³ *Ibid.*, p. 149.

tal qual ela está prescrita pelo conceito, na norma. Conforme já afirmamos no início a atividade de estágio é trabalho e é dentro desta perspectiva que pretendemos analisá-la.

Decidimos nos afastarmos da abordagem que vê o trabalho como execução, pois entendemos como Rosa²⁴ que, sob o crivo do trabalho como execução, acredita-se que o trabalho funciona exclusivamente enquanto normas prescritas, postas em práticas pelos trabalhadores. Nossa proposta é pensar o trabalho como uso de si, como anteriormente apontado, e o fazemos a partir do pensamento de Schwartz que ressalta que o trabalho tem freqüentemente sido abordado somente sob o aspecto econômico, tendo dentre outras funções, a produção de riquezas sociais, e como tal, ele tem sido observado mais em si e por si mesmo²⁵. Assinala Schwartz que “*na articulação do econômico e do cultural, o trabalho sofre de fato um ‘subdimensionamento’ profundo, assimilado a uma atividade de simples ‘execução’ despojado de suas habilidades, de seus ajustes.*”²⁶

Procuramos não nos aprisionarmos numa abordagem que reduza o trabalho a este subdimensionamento, daí, pois, consideramos através deste autor, o trabalho como uso de si, o que implica numa abordagem que não reduza o trabalho a atos de execução. Segundo Rosa, o trabalho é o espaço de “*convocações e demanda feitas ao ser vivo humano, e este ser, ele faz uso de si por si mesmo porque este lugar – o trabalho – é o permanente debates/confronto de valores – de normas.*”²⁷ Assim, é o trabalho ao mesmo tempo uso de si por outro(s) e uso de si por si mesmo.

A idéia de que o trabalho é meramente execução, ou seja, que ele é concebido e preparado por outros, portanto, lugar de inteligência reprimida, mecânica sem condições culturais de operatividade²⁸, tem como consequência a redução do trabalho a seu conteúdo formal e, ao mesmo tempo, ele nessa medida é tido enquanto simples execução da norma prescrita.

²⁴ Maria Inês ROSA, Trabalho nova modalidade de uso de si e educação: debates/confrontos de valores, *Pro?Posições*, 11, 2 (32) : 52.

²⁵ Yves SCHWARTZ. Pensar o trabalho e seu valor. *Idéias*, 3 (2) : 110.

²⁶ *Ibid.*, p. 115.

²⁷ Maria Inês ROSA, *op. cit.*, p. 52, destaque da autora.

²⁸ Yves SCHWARTZ., Pensar o trabalho e seu valor. *Idéias*, 3 (2) : 115.

O entendimento de que havia uma dificuldade de articulação entre o mundo da educação e do trabalho se constituiu um desafio enfrentado por Schwartz e pela APST²⁹ que buscavam compreender esta difícil articulação³⁰ uma vez que tinham como objetivo “fazer dialogar os conhecimentos já formalizados nas disciplinas tradicionais e a experiência do trabalho.”³¹

Para Schwartz, existe “no trabalho formas de cultura, de acumulação de patrimônios que se articulavam mal com a concepção de formação profissional e, além dela, com a de formação geral”.³² O autor denomina de desconforto intelectual “o sentimento de que o conhecimento é no mínimo defasado em relação à experiência.”³³ Esse sentimento de desconforto dá-se em função do fato de haver uma diferença entre os patrimônios de saberes estocados, acumulados e ensinados e os do patrimônio vivo das atividades de trabalho.

O desafio de pensar a experiência concreta do trabalho, segundo Schwartz, se constituiu no fato de não se ter como, conceitualmente, pensar aquilo que se encontrava na atividade de trabalho³⁴. Salienta Schwartz que Duraffourg

“(...)trouxe o conceito de “trabalho prescrito” e “trabalho real” e de “atividade” de trabalho. A partir deles pudemos pensar a distância que existe entre o trabalho que foi prescrito e aquele que foi realizado concretamente como um espaço onde cada um experimenta um determinado “uso de si”, recriando o que estava supostamente, antecipado.”³⁵

O estudo dos atos do trabalho, segundo Schwartz, indica que “o ‘uso’ não é somente aquele que fazem de você, mas também aquele que cada um faz de si mesmo”³⁶. Concordamos com Schwartz quando afirma que “os atos do trabalho não encontram o trabalhador como massa mole onde se inscreveria passivamente a memória dos atos a reproduzir”³⁷, a expressão uso remete a indiscutível manifestação de um “sujeito”. Nesta perspectiva “a relação com a heterodeterminação muda na medida onde a relação a si é

²⁹ Departamento de Ergologia da Universidade de Provence Análise Pluridisciplinar das Situações de Trabalho da APST, Aix – en– Provence, França.

³⁰ Yves SCHWARTZ, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 6.

³¹ *Ibid.*, p. 6.

³² *Ibid.*, p. 7.

³³ *Ibid.*, p. 10.

³⁴ *Ibid.*, p. 11.

³⁵ *Ibid.*, p. 11.

³⁶ IDEM, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (38) : 42.

³⁷ *Ibid.*, p. 41.

modificada”³⁸. Nas palavras de Schwartz, “*aqui opera, portanto uma dialética, que se origina na dualidade não eliminável dos usos de si no trabalho, no seu caráter híbrido, e que interpela, a nosso ver, toda a teoria da determinação conceitual de situações particulares.*”³⁹

Em nosso estudo recorreremos à concepção do trabalho como uso de si/ uso de si por si que integra a abordagem ergológica para pensarmos o trabalho e, juntamente, a formação da estudante estagiária. Também consideramos além desta concepção e, a ela relacionado, outras “ferramentas” conceituais integrante desta abordagem, que a seguir apresentamos.

A abordagem ergológica desenvolveu o dispositivo de três pólos como forma para pensar as atividades concretas do trabalho, tendo em vista a idéia de criação de novas normas na atividade⁴⁰. Este dispositivo é utilizado como ferramenta fundamental para pensar as atividades concretas do mundo do trabalho. Façamos uma aproximação deste dispositivo criado a partir das descrições do próprio autor.

No pólo 1 são considerados os saberes disciplinares que conforme assinala Schwartz, não pode de forma alguma ser anulada, este pólo é “*acompanhado de uma incultura, relativa a tudo que a atividade recria de saberes, de valores, de histórias particulares de que os trabalhadores são portadores.*”⁴¹

No pólo 2 estão os saberes que se constituem a partir do que o autor denomina forças de convocação e de reconvocação, que são os saberes gerados nas atividades que se constituem saberes específicos que transformam continuamente a situação concreta de trabalho, são saberes que estão “*ancorados nas histórias e situações concretas.*”⁴²

Essa abordagem surgiu a partir de um esforço de instalar a “*atividade concreta de trabalho no centro da prática de conhecimentos das situações de trabalho*”⁴³ e, conforme assinala Duraffourg esta “*identificação obrigou a descompartimentar os saberes*

³⁸ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (38) : 43.

³⁹ *Ibid.*, p. 43.

⁴⁰ IDEM, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 13.

⁴¹ *Ibid.*, p. 12.

⁴² *Ibid.*, p. 13.

⁴³ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego e Desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional*, p.126.

disciplinares”⁴⁴. Segundo este autor o esforço de colocar a atividade concreta de trabalho é apreendido como “*uma gestão sempre singular da distância que existe entre ‘o que se pede ao trabalhador e o que isto lhe’ (F. Hubault) entre o que é prescrito e o que acontece realmente.*”⁴⁵

Na perspectiva da abordagem ergológica⁴⁶ o encontro dos pólos 1 e 2 dá-se, necessariamente, em presença de um terceiro pólo que está ligado aos valores pois “*se articula sobre uma filosofia da humanidade, uma maneira de ver o outro como seu semelhante. Isto quer dizer que vemos o outro como alguém com quem vamos aprender algo sobre o que ele faz, como alguém de quem não pressupomos saber o que faz e por que faz, quais são seus valores e como eles têm sido ‘(re) tratados.*’”⁴⁷

*“O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O que sustenta o pássaro é o galho da árvore, e não as leis da elasticidade. Se reduzirmos o galho às leis da elasticidade também não devemos falar em pássaros, e sim em soluções coloidais. (...) Pelo fato do ser vivo qualificado viver no meio de um mundo de objetos qualificados, ele vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. Nada acontece por acaso, mas tudo ocorre sob a forma de acontecimentos. É nisso que o meio é infiel. Sua infidelidade é exatamente seu devir, sua história.”*⁴⁸

Ainda considerando a necessidade de criar formas de aproximação para um maior entendimento das diversas nuances da qual se reveste o mundo do trabalho Schwartz, propôs um instrumento que foi fundamental para nossa análise. Trata-se da proposta de uma análise microscópica da atividade de trabalho a partir de seis ingredientes que denominou de ingredientes da competência⁴⁹, através deles o autor analisa os tipos de saberes que vão sendo construídos pelo sujeito diante das provocações de um meio novo e infiel.

⁴⁴ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego e Desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional*, p. 126.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 126.

⁴⁶ Cf. Schwartz, Ergologia remete a problemática da atividade, mas não é marcado por um passado filosófico como são as noções de práticas, praxis, ação, produção. Ergologia remete ao termo mais neutro possível. Segundo Schwartz, essa generalidade é pertinente porque permite falar de ‘uma estrutura geral da atividade humana’ dada pelas históricas dramáticas do uso de si, distâncias entre normas antecedentes e renormalizações, ao mesmo tempo carregando todo tipo de determinações históricas. SCHWARTZ, Y. Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 15 (destaques nossos).

⁴⁷ IDEM, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 14.

⁴⁸ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 159.

⁴⁹ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel, passim.*

*“A competência é uma realidade vaga que recebe um conteúdo de tendência no campo das atividades sociais; sendo assim, buscar definir suas condições limites equivalem à busca do que poderiam ser as ‘competências necessárias para viver. Pela mediação do corpo-si, da linguagem, dos valores, entre o uso industrioso e os outros momentos da vida biológica, psíquica, política, cultural, múltiplas circulações em todos os sentidos cristalizam um núcleo comum e vago de ‘competências para viver’ e das polaridades específicas, segundo as características concretas em que cada indivíduo há de pô-la em prática.”*⁵⁰

Apesar de Schwartz, julgar uma “questão insolúvel” a questão de medir as competências industriais porque ela é uma *“combinatória problemática de ingredientes que não poderiam ser todos avaliados nos mesmos moldes”*⁵¹ quer porque se refere a saberes de diversas naturezas, quer porque *“inclui uma dimensão de valor, uma vez que ninguém dispõe de uma escala absoluta de avaliação dos valores”*.⁵² Analisa Schwartz que *“toda atividade de trabalho é sempre, em algum grau descritível, por um lado como seguimento de um protocolo experimental e, por outro, como experiência ou encontro.”*⁵³

*“Disto resulta ser impensável tratar as competências independentemente das normas, e características que definem todos os processos ergológicos; o que estes requerem do homem? Como se compõem neles, normas antecedentes de tendência generalizante e gestões da singularidade? Como se articulam nele atividades e valores? Que jogos se operam entre a dilatação do saber e as tentativas de reconfiguração do ‘meio’? Toda manifestação de competência, em qualquer campo que seja, é uma modalidade eficiente dessas negociações complexas.”*⁵⁴

O primeiro ingrediente da competência industrial mede o grau de aproximação de que a atividade se desenvolva conforme um protocolo experimental, baseado no conhecimento de regras antecedentes e no poder do conceito em estabelecer *“as conexões regradas que se movem na relativa – generalidade do conceito”*⁵⁵. Afirma Schwartz, que é impossível pensar *“qualquer trabalho em atos sem tais normas antecedentes.”*⁵⁶ Na alusão ao uso da expressão *“imagem”* a lembrança de que o protocolo está ligado ao conceito ou seja a uma representação de funcionamento de circuitos e procedimentos construídos anulando toda infiltração histórica, *“cujas ‘perturbações’ desgastariam a validade das*

⁵⁰ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 6.

⁵¹ *Ibid.*, p. 7.

⁵² *Ibid.*, p. 6.

⁵³ *Ibid.*, p. 7.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 6.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 7.

*modelizações antecipativas da realidade.”*⁵⁷ A relação com esse ingrediente “*supõe uma disciplina e necessidade de um descentramento em relação ao seu próprio ponto de vista sobre a atividade e o mundo*”⁵⁸ este ingrediente “*será sempre objeto de um aprendizado progressivo, no qual o sujeito deve aparentemente esquecer sua experiência ou sua sensibilidade para melhor ter acesso às conexões regradas que se movem na relativa generalidade do conceito*”.⁵⁹

O segundo ingrediente se situa no pólo oposto, trata-se da dimensão que Schwartz, denomina de registro II ou dimensão experimental, que segundo o autor “*parece ser uma característica universal de todo processo ergológico*”⁶⁰. Acentua que há infiltração do histórico no protocolo o que “*demandava uma necessidade de ressingularização em relação às normas antecedentes e marca de modo permanente todos os elementos da atividade.*”⁶¹

Neste segundo ingrediente se requer “*uma forma de competência ajustada ao tratamento da infiltração, tratamento por definição nunca padrão e que por isso mesmo reforça a contingência da situação*”.⁶² Trata-se das competências práticas que o autor descreve como sendo “*difíceis de serem verbalizadas ou transmitidas*”.⁶³ Nele dá-se uma variação a partir dos “*graus de síntese individuais ou micro-coletivas incidindo sobre o que cada um considera como ‘meio próprio de trabalho’, matriz fundamental de atos eficazes e seguros*”⁶⁴.

As “*dramáticas de uso de si*” e o “*corpo-si*” são conceitos nos quais a ergologia se ancora para demonstrar as singularidades no uso de si por si e no uso de si por outrem. Afirma Schwartz que sua presença se dá em toda situação de trabalho no qual estão presentes as infidelidades do meio⁶⁵ no trabalho e na vida que se colocam como dilemas a desafiar o sujeito. Segundo Schwartz não existe situação de trabalho “*que não convoque as ‘dramáticas de uso de si’, as quais se prendem aos horizontes de uso dos*

⁵⁷ Yves SCHWARTZ, *op. cit.*, p. 7.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 8.

⁵⁹ *Ibid.*, p. 8.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 10.

⁶¹ *Ibid.*, p. 10.

⁶² *Ibid.*, p. 10.

⁶³ *Ibid.*, p. 11.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 11.

⁶⁵ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 159.

*quais cada um avalia a trajetória e o produto ao mesmo tempo individual, social, do que é levado a fazer.”*⁶⁶

*“Esta onipresença de um corpo, de um “corpo – si”, nas circunstância de uma gestão eficaz das situações, é o que mais claramente se manifesta na ancoragem singular, histórica deste ingrediente.”*⁶⁷

Assinala Schwartz que *“este ingrediente não pode por definição, ser ensinado, verbalizado nem avaliado segundo um modo de concordância com a disciplina”*⁶⁸ a exemplo do que ocorre com o primeiro ingrediente.

O terceiro ingrediente é entendido como sendo a capacidade de estabelecer uma dialética entre ingrediente 1 e 2 e este se dá em face a *“presença de debates de valores presentes em um meio considerado”*. Schwartz afirma que *“dependendo do que seu ‘meio’ assim recortado, redefinido, oferecer em termo de espaço de renormalizações, de ressingularização, de recentramento parciais, ínfimos ou invisíveis, o trabalho de uso de si, a instauração de uma dialética (o ingrediente 3) toma dimensões completamente variáveis.”*⁶⁹

*“Há interdependência em relação ao debate de norma sempre presente em um meio considerado. A qualidade deste ingrediente modula-se, em parte em função da possibilidade oferecida pelo meio, de ‘armazenamento na forma de patrimônio.’”*⁷⁰

O quarto ingrediente é a relação que se estabelece entre as dramáticas de uso de si, os ingredientes 1 e 2 e os valores que estão presentes na relações do sujeito com um meio. Neste ingrediente analisa o autor que o quadro relacional pode contribuir ou prejudicar as competências⁷¹, e isto segundo ele *“introduz uma ruptura no inventário”* uma vez que esse ingrediente não se situa no mesmo plano dos demais. Analisa que *“a correlação dos valores que organizam o meio de trabalho (e vice versa) e da qualidade do uso de si na atividade esfria consideravelmente a pretensão de objetividade e de neutralidade na avaliação das competências.”*⁷²

⁶⁶ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 5.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 13.

⁶⁸ *Ibid.*, p. 11.

⁶⁹ *Ibid.*, p. 17.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 17.

⁷¹ *Ibid.*, p. 19 (grifo do autor)

⁷² *Ibid.*, p. 19.

O quinto ingrediente segundo Schwartz trata da capacidade de trabalhar em equipes de estabelecer qualidades nestas relações para se tornarem sinérgicas.⁷³ Nela há ocorrência do ingrediente 4, a onipresença do corpo-si, da capacidade de pensar e de trabalhar em equipes que o autor denomina da qualidade sinérgica o que envolve as formas de armazenamento de patrimônios que requer do sujeito que faça uso de si e que nesta escolha o pensar de modo coletivo comporte algo “*da natureza de uma escolha conjuntural.*”⁷⁴

E, por último, o sexto ingrediente que o autor prefere denominar de qualidade sinérgica, ao invés de utilizar o termo competência coletiva. O autor faz alusão ao fato de que ninguém é competente de modo igual em todos os registros⁷⁵ e isso remete à necessidade de um exercício de constituir equilíbrios variados e complementares de ingredientes. O autor prefere o termo construção sinérgica, que indica melhor o problema da colocação de uma síntese de espectros ergológicos diferentes. O autor não concorda com “o termo ‘competência coletivas’ pois este denota unicamente o efeito – um bom grau de êxito – que de fato é coletivo, imputável a todos; no entanto ele dissimula sua difícil condição: a combinação fecunda de espectros diferentes de ingredientes.”⁷⁶

Os sujeitos do universo da pesquisa

Como salientado, os sujeitos da pesquisa⁷⁷ foram estudantes de Serviço Social. Elas na realização do estágio acadêmico, durante o período de 1995 a 2000, tiveram bolsa do Fundo de Apoio ao Ensino e à Pesquisa⁷⁸ (FAEP) nesta área. Este período, que é também o de nossa pesquisa, foi o momento de criação do estágio remunerado através de bolsa de

⁷³ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 24.

⁷⁴ *Ibid.*, p. 23.

⁷⁵ *Ibid.*, p. 23.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 23. (grifos do autor)

⁷⁷ O projeto de pesquisa foi apresentado para julgamento e aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas por tratar-se de exigência do Conselho Nacional de Saúde pautado nas resoluções 196/96 e 251/97. O projeto foi apresentado sob o título “*Estágio supervisionado de estudantes de Serviço Social em instituição de saúde pública*”. Foi aprovado sob número 002/2001 na IV reunião Ordinária do CEP/FCM em 10/04/2001. No decorrer da pesquisa o contato com o material revelou-nos a necessidade de alterarmos o título para *Formação no trabalho do estágio supervisionado em Serviço Social na saúde pública: desafios*, essa modificação se fez necessária em função da delimitação do objeto e da problemática em questão.

⁷⁸ O FAEP apoia projetos de ensino e pesquisa de docentes da Unicamp financiando prioritariamente itens não contemplados pelas agências tradicionais ou suplementando auxílios já concedidos por elas.

estudo, no HC ? UNICAMP, constituindo-se também a área do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias como campo de estágio, *locus* de formação. O estágio teve duração de dois anos com cumprimento de carga horária de vinte horas semanais, sendo desenvolvido sob nossa supervisão.

Nesse período, houve sete estudantes estagiárias⁷⁹ bolsistas que iniciaram suas atividades no terceiro ano da faculdade, completando o estágio quando da conclusão do curso universitário. Das sete estudantes duas contavam com 24 anos de idade e as demais possuíam, 23, 25, 27, 34 e 36 anos. Se analisarmos a pertença à faixa etária observaremos que quatro delas estavam na faixa etária compreendida entre 18?25 anos, que Martins⁸⁰ denominou de idade de transição para a vida adulta. Três delas já estavam na vida adulta. Ao considerá-las adultas nos baseamos no conceito apresentado por Madeira⁸¹ que caracteriza o adulto como sendo pessoas totalmente autônomas. Quatro estudantes eram solteiras e três casadas, duas destas tinham um filho.

As sete estudantes estavam vinculadas ao mercado de trabalho formal, tendo registro em carteira, quando desligaram-se destes empregos para assinarem o contrato de estágio com o hospital. Suas atividades anteriores ao estágio eram bastante diversificadas: professora em educação pré escolar, bancária, operária no setor industrial, vendedora no comércio, duas da área de saúde, sendo uma recepcionista e outra técnica de enfermagem e telefonista em empresa de telefonia.

Seis delas apresentaram redução salarial ao optarem pela bolsa de estágio. Afirmaram que esta diminuição de salário foi assumida em função de estarem buscando realizar uma formação que lhes permitisse exercer a profissão que haviam escolhido na área que estudavam. Somente uma delas referiu melhorar as condições de trabalho⁸², pois ganhava o mesmo valor da bolsa para trabalhar durante oito horas por dia, e como o contrato de estágio no hospital era de quatro horas teve uma disponibilidade de tempo

⁷⁹ Não temos como objetivo explorar a questão de gênero no âmbito desse trabalho em função de estarmos preocupadas com a questão da formação profissional pelo/no trabalho.

⁸⁰ Heloísa H. MARTINS, A difícil transição: análise das trajetórias ocupacionais de jovens operários metalúrgicos, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 20.

⁸¹ Fenícia MADEIRA, Violência nas escolas: quando a vítima é o processo pedagógico, *Revista Fundação da SEADE*, 13 (4) : 52.

⁸² A estudante era estagiária em outra instituição pública da área da saúde recebendo uma bolsa de igual valor ao da bolsa do HC?UNICAMP, porém cumpria uma jornada de estágio de oito horas de trabalho por dia.

maior para o estudo. Todavia o valor da bolsa não era suficiente para cobrir a mensalidade escolar de nenhuma delas. Três delas utilizaram o programa de crédito educativo para cobrir a diferença, duas delas foram monitoras na unidade de ensino onde estudavam. Três delas também tiveram ajuda do marido e da mãe no custeio do curso. Apenas uma delas não apresentou dificuldades financeiras durante o período de estágio em função de ter uma situação familiar que permitia não se preocupar com o custeio do curso. As demais afirmaram ter passado dificuldades significativas para realizá-lo.

Somente uma delas já havia trabalhado em área de internação, as demais jamais haviam tido qualquer experiência em hospital, e a área de internação se constituiu um meio novo, sob todos os aspectos.

As diferenças encontradas entre as estudantes quanto à faixa etária, inserção no mercado de trabalho e condição sócio-econômica não dizem por si mesmas das singularidades de cada uma, ou seja, de suas histórias pessoais. No entanto, elas têm lugar na relação que cada estudante estabelece com o meio novo que se propôs a conhecer. Aí, ela dá continuidade ao processo de sua formação pelas atividades de trabalho no estágio. Esta relação se apresentará quer nos registros por elas efetuados no diário de campo, quer nos depoimentos obtidos através de entrevista. Nos diários de campo e nos depoimentos esta relação se faz presente e será considerada na perspectiva da abordagem ergológica, a qual se centra na problemática do sujeito. Mediante a mesma privilegamos os usos de si por si que cada estudante faz, marcados pelas suas escolhas e “*possíveis singulares*”⁸³, ? suas singularidades ? nesta relação com esse meio.

Diário de campo: itinerários de experiência

O diário de campo das estudantes se constitui uma regra acadêmica antecedente da unidade de ensino e, também, uma exigência do campo de estágio⁸⁴. Através dele se comprova o desenvolvimento do estágio pela segunda, sendo utilizado pela primeira como requisito para cumprimento de carga horária e obtenção do título acadêmico.

⁸³ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 42.

⁸⁴ O diário de campo será arrolado na Bibliografia no item Outras Fontes, porque além de guardar estas especificidades, ele se constitui um documento escrito.

Na análise de Bosco Pinto citado por Falkembach⁸⁵ o diário de campo é descrito como “*um instrumento de anotações ? um diário com espaço suficiente para anotações, comentários e reflexão ? para uso individual do investigador no seu dia-a-dia, tenha ele o papel formal de educador, investigador, ou não*”⁸⁶. Segundo Bosco Pinto: “*nele se anotam todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários. Ele facilita criar o hábito de observar com atenção, descrever com precisão e refletir sobre os acontecimentos de um dia de trabalho.*”⁸⁷

Buscamos pensar uma alternativa que tivesse uma aproximação com o momento da realização da atividade de trabalho, quer seja tanto do momento de entrada no campo de estágio, como ao longo do período de assistência ao doente e seus familiares, tanto no que diz respeito ao relacionamento com a equipe de assistentes sociais como, com os demais profissionais da área de saúde do Hospital das Clínicas.

O diário de campo das estudantes nos pareceu a alternativa adequada uma vez que não de tratando da análise da atividade propriamente dita ? pois esta escapa a qualquer possibilidade de ser capturada, dada a magnitude de sentidos, desafios e historicidade que a compõem ? era contudo um instrumento construído pela estudante-estagiária mais próximo do momento da atividade de trabalho e nele estava registrado suas impressões, dificuldades, regras antecedentes ou qualquer outra anotação que a mesma tivesse escolhido registrar.

Restava-nos a dúvida se as estudantes autorizariam o seu uso, por tratar-se de um instrumento de registro da atividade de trabalho e de sua formação, portanto um documento pessoal. Somente mediante sua autorização ser-nos-ia possível utilizá-lo como instrumento de análise para a realização do estudo.

Estas receberam com interesse nossa proposta e, imediatamente, nos disponibilizaram o material, tendo nos autorizado a reprodução dos diários para que não fossem danificados os originais, posto tratar-se de material pessoal e único. Oportunamente,

⁸⁵ Elza M. F. FALKEMBACH, Diário de Campo: Um Instrumento de Reflexão. *Contexto & Educação*, 2 (7): 22. (grifos nossos)

⁸⁶ *Ibid.*, p. 22. (grifos nossos)

⁸⁷ *Ibid.*, p. 22.

à mediada que as demais encerravam o período de estágio ou concluíam as especializações, apresentávamos nossa proposta de estudo, sendo que todas aceitaram participar. Apesar de terem sido sete estudantes que estagiaram, somente nos foi possível trabalhar com os diários de campo de seis estudantes, pois uma delas não mais o possuía.

A reação das assistentes sociais⁸⁸ ao estudo foi de interesse tendo demonstrado desejo de colaborar. Duas delas manifestaram vontade de serem entrevistadas, pois gostariam de falar sobre suas experiências, uma vez que poderiam deixar registrado suas opiniões sobre este período que julgaram importante em suas vidas.

No momento da realização da pesquisa nos diários de campo havia um dilema a ser resolvido, era necessário ler e reler o material para apreensão do significado e dos diversos percursos seguidos e registrados pelas estudantes. Na análise do diário de campo buscávamos através dos registros entender as formas de aproximação do real e apreender as diversas nuances na busca do encontro entre experiência e conhecimento.

Nosso contato com este material mostrou-nos a riqueza dessa fonte à medida que percebíamos a amplitude dos conteúdos lá explicitados. Uma das principais dificuldades para a sua análise foi decorrente da quantidade e diversidade do material existente, afinal tratava-se de uma peça rica em experiências, manuscrita, na qual se utilizavam de linguagem escrita, desenhos, poesias, pensamentos extraído de autores, cores, no qual marcavam a sua forma de apreensão da realidade experienciada/vivida.

Existe diferença entre o diário de campo das estudantes e o caderno de campo do pesquisador tal qual descreve Queiroz.

*“O cadernos de campo também denominado de “diário de pesquisa” consta de certas anotações efetuadas pelo pesquisador, registrando as condições em que foi feita a entrevista (onde, quando, quem, o que e como) e contém todas as observações e reflexões que ocorreram ao pesquisador após a execução.”*⁸⁹

O diário de campo da estudante caracteriza-se pela feitura e uso pessoal, quer no campo da pesquisa, quer no campo de estágio, ou seja, tanto para o pesquisador quanto para a estudante. Todavia há uma diferença fundamental que consiste no fato de que para a

⁸⁸ Na ocasião da entrevista, todas haviam concluído o curso de Serviço Social e havia cessado o contrato de estágio com a Universidade de Campinas, por isso as denominamos assistentes sociais, não mais estudantes-estagiárias. Todavia nos depoimentos preferimos preservar a nomenclatura de estudantes para facilitar a compreensão.

⁸⁹ Maria I.P. QUEIROZ, *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*, p. 64.

estudante o diário possui um caráter de norma acadêmica e se constitui num instrumento de controle. O que lhe confere menos espaços de liberdade para o registro de impressões. Entendemos que há uma relação heterodeterminada no caso do estudante e que o mesmo não ocorre com o pesquisador.

Na análise dos diários de campo buscamos apreender o registro das atividades realizadas, os caminhos seguidos no processo de aquisição de experiência no cotidiano do estágio através da experiência no trabalho das estudantes colocadas em contato com um “meio novo”⁹⁰ e tentar ver como se deu esta convocação ao “uso de si por si mesmo” e o “uso de si por outrem” pois, como Schwartz, acreditamos que *“se a vida é experiência, ela nada deixa imutável e há sempre que aprender como se refaz em cada um uma apreensão inédita e mais ou menos eficaz sobre o mundo.”*⁹¹ Começamos a análise do material através da enumeração dos registros, delimitação dos temas e assuntos tratados no material.

O registro nos diários das estudantes apresentam um duplo sentido. De um lado, tem um caráter de peça burocrática, à medida que permitem o controle da realização da carga horária e explicitam a realização das atividades de estágio e, de outro, apresenta um caráter pedagógico, ou seja, o registro da atividade de trabalho demanda da estudante, o desafio de fazer a passagem da atividade para a linguagem escrita.

A realização desta atividade requer da estudante um exercício de transitar de um sistema de registro, para o outro. A elaboração do registro escrito, requer, uma reflexão sobre a atividade e exige da estudante um distanciamento entre o momento da ação e o do registro.

No momento do atendimento, a estudante coloca-se numa situação face a face com o usuário e sua problemática, e pondera sobre os saberes armazenados no seu patrimônio cultural, buscará os saberes armazenados no pólo 1, que são os saberes disciplinares, lembrar-se-á da legislação vigente na época relatada, ponderará sobre o pertencimento desta situação particular e a confrontará com os saberes mais gerais. Correlacionará essa pessoa concreta, presente no seu campo visual, e ponderará sobre o seu estatuto de direitos, se adulto remeterá ao direito do adulto, se criança ou adolescente, ao Estatuto da Criança e

⁹⁰ Georges CANGUILHEM, *Meio e normas do homem no trabalho*, na página 11 o autor denomina de meio novo em oposição ao meio natural.

⁹¹ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 47.

do Adolescente. Nesta situação, o atendimento desempenhará uma papel fundamental pois o registro do cotidiano propiciará, à medida de sua vivência, uma gradual familiaridade com a questão social, com os critérios de inclusão e exclusão dos direitos de cidadania, com os recursos sociais públicos e privados existentes, além de, permitir, à estudante, condições para o armazenamento do sistema de códigos e da linguagem específica da profissão. O caminho do particular ao geral, do geral ao específico, do específico para o singular tem que ser (re)feito durante todo tempo da ação, quer no momento da interface com o usuário, quer durante as tomadas de decisões que a estudante terá que realizar, consigo mesma e com os demais membros da equipe de saúde. E, por último, não poderá perder de vista, o fato de indagar-se a si mesma, se sabe realizar corretamente, as atividades demandadas, e se é ética, a sua realização. Em suma, em todo momento, estará a estudante realizando o encontro entre experiência e conhecimento.

Esta etapa requer uma capacidade de ponderar que dificilmente a estudante, à princípio, detém. Assim nas situações de campo de estágio é freqüente, a busca da supervisão para (re)ver as etapas realizadas, antes de finalizar o atendimento do doente. Todavia, esse momento de revisão dos pré-requisitos ou dos antecedentes da situação atendida, nunca aparecem registradas em diário de campo. Como se pode apreender a existência deste momento? Como os registros não são feitos no momento final do atendimento, quando efetuam o registro o fazem a partir de um encadeamento lógico, seqüencial, fato pouco comum, no dia a dia do hospital, isto é, em suas atividades de trabalho. Observa-se que no relato do registro do diário de campo a estudante processa um (re)ordenamento destas atividades cotidianas e que o atendimento se apresenta organizado de acordo com a coerência interna do relato e não com a cronologia dos fatos.

Concluídas as atividades do dia ela terá que selecionar o que será registrado no diário, e o fará a partir da ótica do momento posterior ao da realização do atendimento. Neste momento, outras informações já foram acrescentadas ao relato, modificando, significativamente, a descrição vivida no momento do atendimento. Ou seja, o relato do registro será sempre, uma seleção de situações pontuais, que estará marcada pela intencionalidade e será fruto da ponderação sobre a adequação ou não do que está sendo registrado. No diário de campo são realizados registros frutos de escolhas, na qual, a estudante, pondera sobre o uso dos códigos da profissão. Elas esmeram para que o relato do

registro seja capaz de demonstrar sua contínua aquisição de conhecimentos e uso dos recursos, sendo marcante a ausência de dúvidas. Todas as estudantes contavam com registro nos diários referente a quatro semestres e a forma de registro por elas utilizadas era bastante singular.

No próprio critério de escolha da periodicidade do registro já está presente a singularidade da estudante. Os diários das seis estudantes apresentaram uma tendência para o registro diário no primeiro semestre, com uma modificação após o segundo semestre, ocasião em que tendem para o registro semanal com destaque, para duas ou mais situações atendidas por elas. Somente duas delas, no decorrer dos quatro semestres, continuaram registrando, diariamente, seus apontamentos.

O primeiro semestre apresenta uma característica peculiar se comparado aos demais, nele as estudantes efetuam registros da história do hospital, por tratar-se do primeiro momento de contato com a instituição. Há uma busca de apreender sua geografia, a ocupação do espaço e registram os procedimentos prescritos. Para facilitar a apreensão do funcionamento elaboram roteiros para entendimento do Sistema informatizado – e chamam-no de “colinha”? numa alusão a sistemas de consultas, utilizados pelos alunos, nas escolas, para auxiliar na realização de avaliações ou provas.

Nos diários de campo das estudantes esta preocupação aparecia sob a forma de itens, ou de desenhos que as ajudam a memorizar/entender a dinâmica do funcionamento do hospital. Como a enfermaria possui três pavimentos inteiros nos quais estão distribuídos os quatrocentos e três leitos, memorizar a ocupação deste espaço se reveste de um significado importante e se constitui, num grande desafio. Entender as lógicas que norteiam as especificidades das disciplinas médicas, as especificidades das doenças e as formas de tratamento mais frequentes são dilemas, porém sobre essas dificuldades não fazem registro no diário.

No primeiro semestre, era difícil perceber que a prática se dava na área da saúde, pois sobre eles haviam poucos registros. Um leitor que não conhecesse a realidade, poderia pensar que os doentes estavam bem de saúde, e que não havia sofrimento, nem morte pois registravam as atividades, descreviam como foram feitas, e ao narrar um ou outro atendimento, acentuavam as regras prescritas, e percebia-se no registro a preocupação em

mostrar “*o seguimento de um protocolo experimental.*”⁹² Na descrição há menos realce para os fatos da doença e da terapêutica e mais destaque para as atividades prescritas.

Duas estudantes ocuparam o espaço do diário de forma peculiar, passaram a quantificar o que faziam, uma marcava sistematicamente os números de pacientes que passavam pela rede básica e não encontravam especialista, fez inúmeras tabelas sobre este fato. Quando interrogada pela supervisora sobre o sentido desta contagem referiu que queria saber mais sobre a rede básica. Curioso porque trabalhava com população muito grave, para quem a rede básica, não representava alternativa de ação ou cuidado.

Outra, numerou os grupos que fez num quadro e qualificou-os de silenciosos, participativos ou indiferentes. Porém não apresentava qualquer relato sobre como os grupos se davam. Descrevia sempre o cumprimento das etapas para a realização do grupo, demonstrando zelo com as orientações do projeto que desenvolvia. Sempre colocava uma figura de personagem infantil, alegre, colorida e brilhante.

Por último uma delas, apesar de fazer registro diário, limitava-se a datar e escrevia: “Bom dia!” e deixava todas as linhas em branco. Fazia um traço na última linha, e inaugurava um novo dia seguindo o “mesmo ritual”. No canto superior esquerdo, colava um figurinha de personagem infantil e colorida.

Somente duas permaneceram sem decorar o caderno, seus registros eram longos, e descreviam, passo a passo, os diversos procedimentos que aprenderam ao ler o Manual de Procedimentos Técnicos do Serviço Social de Enfermária⁹³ ou o uso que fizeram destes no seu atendimento. Mas, também estas não apresentaram nenhuma descrição de situação, que envolvesse gravidade ou doença.

Essa leitura criteriosa mostrou-nos que algumas respostas não seriam dadas pelos diários como o uso de desenhos e as linhas em branco em momentos cruciais, que nos traziam dúvidas sobre o que queriam dizer, ou o que não poderiam dizer.

Outra fonte que utilizamos foram os registros do diário de supervisão⁹⁴ no qual estavam registrados comentários, reflexões e apontamentos das supervisões com as

⁹² Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 7.

⁹³ Manual do Serviço Social que descreve as normas e o uso de documentações do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias.

⁹⁴ O diário de supervisão será arrolado na Bibliografia no item Outras Fontes, porque além de guardar estas especificidades, se constitui um documento escrito.

estudantes, sujeitos deste estudo, no período de estágio/formação. Nele foram registrados além de dúvidas das estudantes, textos sugeridos para leituras e orientações sobre atividades de trabalho no campo de estágio.

O diário de supervisão se constitui um documento de feitura e uso pessoal da supervisora elaborado com o objetivo de acompanhar a formação das estudantes no campo de estágio⁹⁵. A análise desse material nos permitiu comparar a natureza das observações nos diários das estudantes com o registro do diário da supervisora. Observou-se que para a supervisora foram apresentadas dúvidas que não aparecem registradas nos diários de campo das estudantes.

“Teve que entrar no banheiro para chorar, por que atendeu um pai de uma criança que caiu da bicicleta, e já não tinham mais esperanças de recuperação.”

(Diário de Supervisão ? Notas de Supervisão da 2ª Estudante ? estagiária)

“O relato de não ter dormido à noite porque viu alguém que estava para morrer”

(Diário de Supervisão ? Notas de Supervisão da 4ª Estudante ? estagiária)

“Fiquei desesperada hoje, por que no grupo que fiz ninguém abriu a boca. Me senti uma incompetente.”

(Diário de Supervisão – Notas de Supervisão da 4ª Estudante ? estagiária)

“Hoje, no grupo uma mulher começou a chorar e dizia que sabia que iria morrer, o que a gente fala? Como a gente se sai: encerra o grupo e, pronto?”

(Diário de Supervisão ? Notas de Supervisão da 6ª Estudante ? estudante)

São dúvidas muito pertinentes que poderiam ter sido registradas nos diários de campo das estudantes mas não, elas só aparecem no silêncio da sala da supervisão, em tom de voz baixa, como se denunciassem um fracasso, o fracasso de não saber agir. Às vezes o tom de voz é trêmulo e apresentavam a mão gelada para demonstrar o próprio “nervoso”.

Nos primeiros dias chegam a empalidecer, quando vão as primeiras vezes aos quartos, mas não verbalizam para ninguém. No máximo, relatam para a outra estagiária.

Entrevista: experiência colocada em palavras

O diário de campo revelou silêncios e não ditos que se constituíram em dúvidas que procuramos esclarecer nos depoimentos obtidos mediante as entrevistas semi diretivas realizadas, com o uso do gravador junto às estudantes. A entrevista com os sujeitos foi

⁹⁵ Remetemos o leitor à Apresentação, página 13, onde esclarecemos que somos a supervisora das estudantes estagiárias e, portanto, autora deste diário.

utilizada como fonte de obtenção de informações sobre o tema delimitado. Nos indagávamos se as estudantes haviam refletido sobre o fato de que colocar em palavras a atividade de trabalho se constitui uma dificuldade. Tínhamos no horizonte que “*certamente é difícil passar ao explícito estes atos complexos porque esta dimensão não se coloca instantaneamente em palavras.*”⁹⁶

Estamos denominando de depoimentos orais no sentido utilizado por Queiroz⁹⁷, para significar relato de algo que o informante efetivamente presenciou, experimentou, ou de alguma forma conheceu podendo assim certificar. Conforme salienta a autora o termo depoimento perde a conotação jurídica de “estabelecer as verdades dos fatos” e passa a significar o que o informante presenciou e conheceu.⁹⁸ Fomos buscar nos depoimentos das estudantes uma luz para o entendimento desse fenômeno. Porém não quisemos perguntar sobre esta dificuldade, queríamos que elas nos falassem sobre o estágio ? as atividades nele empreendidas para sua formação, para tentar apreender os dilemas por elas vividos.

Optamos por realizar as entrevistas tanto com as estudantes que possuíam diário de campo, como com a que não mais o possuía. Nossa pesquisa esteve marcada pelo “objeto” vida/morte do começo ao fim, e uma nova escolha se nos mostrou necessária. Uma doença grave, seguida de risco iminente de vida em uma das estudantes⁹⁹ estagiárias levou-nos a afastar a possibilidade de entrevistá-la e continuar ao seu lado somente no cuidado, no apoio necessário para enfrentar a doença, tanto no triste período do diagnóstico, como no tempo que antecedeu ao transplante e a fase crítica que se seguiu à doença. As suas condições de vida era tudo que devíamos preservar. Apostar na vida era nossa esperança e desejo.

Após a aprovação do projeto, iniciamos o contato com as assistentes sociais que já haviam encerrado o estágio há quatro e três anos, tendo as entrevistas sido realizadas com as seis assistentes sociais. Cada entrevista durou em média uma hora e quinze minutos, com exceção da primeira que durou uma hora e da última que durou duas horas. As entrevistas

⁹⁶ Yves SCHWARTZ, Trabalho uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 38.

⁹⁷ Maria I. P. QUEIROZ, *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*, p. 7.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 7.

⁹⁹ Ao final deste trabalho a vida venceu e a estudante está se recuperando estando em fase de renormalização entrando em uma nova etapa de sua vida.

foram realizadas nas casas das próprias entrevistadas, com exceção de duas que, à pedido delas, foram realizadas na própria instituição onde estagiaram.

As entrevistas seguiram os roteiros prefixado de temas/questões. A nossa escolha de realizar entrevistas direcionadas para um determinado tema ? no caso o tempo de estágio, suas memórias sobre a atividade de estágio/formação ? objetivavam apreender os sentidos dos silêncios ou não ditos do diário de campo e também trazer à luz outras questões não registradas nos diários.

A escolha do uso de roteiro de questões abertas e fechadas revelaram nossa decisão de deixar um certo grau de liberdade para as entrevistadas, todavia há que se considerar que o recorte do objeto teve a marca da escolha da pesquisadora. O roteiro seguido foi o mesmo para todas as entrevistadas, porém como a entrevista supõe uma conversação continuada entre informante e pesquisador,¹⁰⁰ no desenrolar desse diálogo foram surgindo diferenças significativas no material que se deram em função dos desdobramentos e esclarecimentos demandados no decorrer da entrevista, bem como da especificidade do conteúdo dos depoimentos.

Neste estudo, o uso da metodologia qualitativa nos trouxe a possibilidades de buscar apreender a experiência particular e coletiva das estudantes. Como assinala Rosa “*os depoimentos exprimem experiências cotidianas individuais que se fazem em relação com outras experiências individuais em uma rede de interdependência, em uma dada configuração histórica.*”¹⁰¹

Após as entrevistas, os depoimentos gravados foram transcritos pela própria pesquisadora. Assim procedemos por termos como objetivo a escuta cuidadosa do material para a transcrição o que nos permitiu a familiarização com os conteúdos e temas. Os silêncios, as reiteraões, os sorrisos e os gestos foram alvo de nossa atenção, por entendemos que buscávamos acesso ao não explícito, ao indizível¹⁰² do diário de campo.

“Em todas as épocas, a educação humana (ao mesmo tempo formação de hábito e transmissão de conhecimentos, ambos muito ligados) se baseara na narrativa, que encerra uma primeira transposição: a da experiência indizível que se procura

¹⁰⁰ Maria I. P. QUEIROZ, *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*, p. 6.

¹⁰¹ Maria Inês ROSA *et alii*, *Trabalho, não trabalho, trabalhadores: Construindo um projeto coletivo em história oral*, p. 5.

¹⁰² Maria I. P. QUEIROZ, *op. cit.*, p. 2.

*traduzir em vocábulos. Um primeiro enfraquecimento ou uma primeira mutilação ocorre então, com a passagem daquilo que está obscuro para uma primeira nitidez ? a nitidez da palavra ? rótulo classificatório colocado sobre uma ação ou uma emoção.”*¹⁰³

Nessa transcrição, deu-se a passagem da linguagem oral para a linguagem escrita, na qual, segundo Rosa¹⁰⁴ citando Bourdieu, o trabalho de transcrição é de escrever “*no sentido de reescrever, igualmente como se dá a passagem do escrito ao oral que opera o teatro, que impõe, com a mudança de suporte, infidelidades que são, sem dúvida, a condição de uma verdadeira fidelidade.*”¹⁰⁵ Vale dizer que estivemos atentas às diferenciações de registro, de uma linguagem para a outra. Este material se constituiu em fonte de informação primária que, juntamente com as informações contidas no diário de campo e diário de supervisão foram analisadas conforme os temas arrolados.

O uso das fontes diário de campo, depoimentos das estudantes e diário de supervisão deu-se com a intenção de esclarecer nossas interrogações, aprofundar análise, no entrecruzamento e nas especificidades de cada uma destas fontes. Esse caminho, por nós escolhido, buscou compreender as palavras, os silêncios e os diversos sentidos da formação a partir da atividade de trabalho no estágio e isso só foi possível por termos procurado preencher as lacunas das fontes utilizadas estabelecendo um “diálogo entre elas” buscando constituir uma relação de sentidos.

Assim, além das fontes já citadas, utilizamos também a documentação de criação do hospital e de gestão gentilmente colocados à nossa disposição.

Na redação de nosso trabalho optamos pela apresentação dos conteúdos dos materiais dos sujeitos de nosso universo de pesquisa, que foram identificados a partir da seguinte orientação: identificamos a estudante através da forma 1ª Estudante-estagiária, 2ª Estudante-estagiária e assim, sucessivamente. Nossa opção pelo uso deste critério baseado na ordem de realização das entrevistas deu-se com o objetivo de preservar a identidade das estudantes, uma vez que a utilização de ordem cronológica, poderia levar a uma identificação.

¹⁰³ Maria I. P. QUEIROZ, *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*, p. 2-3.

¹⁰⁴ Maria Inês ROSA *et alii.*, *op. cit.*, *passim*.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p. 5.

A numeração do sujeito da pesquisa é a mesma tanto para o uso do diário como dos depoimentos, com este cuidado permite-se ao leitor condições de acompanhar aspectos singulares revelados pelos sujeitos. Segue-se à identificação do sujeito a da natureza da fonte, se decorrente do diário de campo ou de depoimento.

Nosso trabalho se estruturou em três capítulos:

No primeiro capítulo, **Espaço de trabalho e formação** apresentamos a constituição do Hospital das Clínicas e do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias, local onde se desenvolveu a experiência de estágio supervisionado das estudantes. Fizemos uma análise do arcabouço jurídico que instituiu o estágio supervisionado como norma antecedente fundamental no processo de formação do Assistente Social e como ele se inscreve na história particular deste campo de estágio.

Apresentamos a organização, a dinâmica interna e a tensão entre a lógica mercantil e os valores sem dimensão do Hospital das Clínicas marcado pelas características de hospital universitário público, vivendo as peculiaridades de financiamento, no contexto de uma sociedade marcada por uma história de exclusão do direito à saúde.

Desenvolvemos uma análise do processo de trabalho realizado pelo Serviço Social nas enfermarias do hospital, enfrentando as contradições de um atendimento centrado numa ampliação freqüente do número de internações, vivendo no seu cotidiano as pressões intensas para a viabilização de condições para um retorno antecipado do doente após alta hospitalar, marcados pelas situações de conflito familiar. Está-se em presença de tensão entre valores mercantis e valores sem dimensão. A precariedade de recursos públicos e das instituições sociais completam um panorama de desesperança e de opressão sobre o cotidiano dos profissionais da saúde.

No segundo capítulo, **Encontro entre experiência e conhecimento** apresentamos a análise da formação das estudantes, a partir do trabalho, apreendida através do uso dos seus registros no diário de campo e de seus depoimentos sobre a experiência na realização das atividades de trabalho no campo de estágio. Esta experiência, como nos demais campos da atividade humana, esteve marcada pela presença de normas antecedentes, de saberes disciplinares e de confronto de valores, materializados em desafios dos atendimentos face a face. Buscamos apreender como esse encontro permitiu às estudantes desenvolverem

saberes práticos nascidos da experiência num espaço profundamente marcado pela presença da doença, dor e morte.

No terceiro capítulo, **Trabalho na saúde: temporalidade e micro?gestão** apresentamos a partir dos relatos dos registros dos diários e dos seus depoimentos uma análise do trabalho das estagiárias nas enfermarias com os demais profissionais, como um desafio para sua formação profissional, na busca de demonstrar o desenvolvimento de qualidades sinérgicas em presença de um meio infiel, que obrigam-nas a realizar gestão de situações na busca de realizar atendimentos numa realidade marcada pela tensão entre o valor da vida ? valor sem dimensão ? e do tempo do uso do leito ? valor quantificável, mercantil. Neste espaço dá-se micro-gestões e renormalizações indispensáveis na busca de uma gestão coletiva, face ao desafio de trabalhar com outras equipes e com os recursos sociais da região.

CAPÍTULO I – ESPAÇO DE TRABALHO E FORMAÇÃO

Nosso estudo analisa a formação da estudante estagiária de Serviço Social no cotidiano de trabalho no Serviço Social do Núcleo das Enfermarias. Para tanto torna-se necessário contextualizar o processo de constituição do Hospital das Clínicas e o momento em que esta área do Serviço Social tornou-se campo de estágio, e portanto instituiu-se como *locus* de experiência e formação para estudantes de graduação.

Nesse capítulo apresentamos o processo de constituição do hospital a partir dos registros dos diários de campo das estudantes, nossa principal fonte de informação. Nele buscamos apreender os sentidos dos relatos registrados nos diários de campo e confrontá-los com a história inscrita nos documentos oficiais sobre o hospital. O fazemos com vistas a lançar um olhar especial sobre a importância do histórico no processo de formação da estudante e como ela busca contextualizar sua atividade de trabalho no *locus* onde estas atividades se realizam.

Ao analisarmos os diários de campo das estudantes observamos que foram freqüentes os registros que diziam respeito ao processo histórico de constituição do Hospital das Clínicas. No decorrer das anotações, vão se delineando fragmentos de histórias tanto narradas por *outrem*, quanto registros de suas próprias observações sobre o contexto no qual estão inseridas.

A dimensão experimental, um dos pólos constitutivos da atividade de trabalho, demanda da estudante uma preocupação com os efeitos do histórico sobre os protocolos experimentais e sobre as normas com as quais ela se coloca em contato. Nesta contextualização histórica procura um entendimento da natureza destas normas e dos sentidos das atividades que realizam. Um dos desafios da atividade de trabalho ? o momento do encontro experiência e conhecimento ? consiste no fato de que a estudante busca fazer a reconstrução desse processo histórico que deu origem ao tempo presente. É como se buscassem entender em que ponto do eixo das coordenadas elas se encontram no aqui?agora deste hospital.

“Há vinte anos o HC veio da Santa Casa com o ambulatório e a enfermaria. Em 1986, com o pronto socorro com atendimento de 24 horas ,e pacientes permanecendo até 40 dias em maca.”

(Diário de Campo da 3ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Observa-se nos diários uma preocupação em (re)escrever o processo de constituição do Hospital. É como que se elas se perguntassem sobre a origem de aspectos presentes no dia a dia de trabalho e o fizessem na procura de estabelecer laços entre o passado que apreendem nos documentos e o das histórias narradas pelos diversos profissionais. É como se o entendimento do presente tornasse possível situar e entender os sentidos que as normas representam no meio de trabalho.

Quando a 3ª estudante se refere ao passado na Santa Casa ela está buscando no tempo um ponto de partida para entender o campo de estágio. Ela se refere a um tempo quando existia a Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, todavia o Hospital das Clínicas da UNICAMP ainda não tinha sido criado, era apenas um projeto. Este retorno ao passado revela uma preocupação em buscar na Santa Casa de Misericórdia um ponto de partida no passado para, a partir dele, apreender o sentido do presente.

Façamos também uma pausa na contextualização do processo de constituição do HC/UNICAMP que empreendem as estudantes estagiárias nos seus diários e busquemos situá-lo no decorrer destes mais de vinte anos de história citados pela estudante.

1.1. Hospital das Clínicas: de Santa Casa de Misericórdia a Hospital Regional de Referência

A Faculdade de Medicina de Campinas para ser implantada precisou deixar de ser apenas lei, e se inscrever como *locus* de ensino, atenção à saúde e produção de saber a partir de um longo e demorado processo de efetivação.

Em 1946, foi lançada uma campanha pelo jornalista Luso Ventura¹⁰⁶ do Jornal Diário do Povo para a instalação de uma faculdade de medicina na cidade. Em 1948, foi

¹⁰⁶ Referência ao jornalista Luso Ventura, do jornal Diário do Povo, no ano de 1946, citado no JORNAL DA UNICAMP, X (115) : 8.

aprovada na Assembléia Legislativa de São Paulo a Lei nº 161¹⁰⁷ que dispôs sobre a criação de estabelecimento de ensino superior no interior paulista. Em 1953, o governo do Estado de São Paulo aprovou em 25 de novembro a criação da Faculdade de Medicina de Campinas. Em 1958, uma nova lei nº 4996, revogou dispositivos contrários à criação da Faculdade de Medicina de Campinas presentes no inciso IV, do artigo 1º da primeira Lei nº 161, de 24 de setembro de 1948, utilizando-se da nova redação dada pela lei 2154 de junho de 1953, neste momento, ainda não foram previstos meios para sua instalação.¹⁰⁸ Neste período foi nomeado o professor Cantídio de Moura Campos como diretor *pró tempore* da Faculdade de Medicina de Campinas.

Assim, no período que vai de 1953 até 1961, aconteceram várias iniciativas que surgiram a partir de campanhas do Conselho de Entidades de Campinas criado pela Associação Comercial e pelo Centro de Ciências Letras e Artes de Campinas que tinham como finalidade debater problemas sociais e defender os interesses da cidade e de sua coletividade, dentre várias reivindicações, estava novamente colocada a campanha para a instalação da Faculdade de Medicina de Campinas.

Em 1959, a bancada campineira na Assembléia Legislativa do Estado pressionou a favor da criação da Faculdade de Medicina de Campinas. Em 1960, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas retomou a campanha pró instalação da Faculdade de Medicina de Campinas junto ao Conselho da Entidade. Em 1961, foram constituídas onze comissões pelo Conselho de Entidades a fim de mobilizar a comunidade, a imprensa e os prefeitos da região com vista a pressionar o governo do Estado e a Assembléia Legislativa para a efetivação da instalação da Faculdade de Medicina de Campinas, que foi, posteriormente, denominada Faculdade de Ciências Médicas ? FCM ? a qual teve sua história, intimamente, relacionada com a criação e consolidação da Universidade Estadual de Campinas.¹⁰⁹ Em 1962, a Universidade Estadual de Campinas, foi legalmente criada como entidade autárquica, e incorporou a Faculdade de Medicina de Campinas.

¹⁰⁷ Lei aprovada em 24/09/1953 que dispôs sobre a criação de estabelecimento de ensino superior em cidade do interior paulista.

¹⁰⁸ Cf. JORNAL DA UNICAMP, *Cronologia: Raízes da Unicamp remontam anos 40*, X (115) : 8.

¹⁰⁹ LEI nº 7655, de 28 de dezembro de 1962 que dispôs sobre a criação da UNICAMP como entidade autárquica.

A Faculdade de Medicina foi autorizada a funcionar e instalada em 1963, provisoriamente, nas dependências da Maternidade de Campinas, sendo que, em 1965, devido à necessidade de local para a prática do ensino médico¹¹⁰ dos alunos da Faculdade de Medicina de Campinas, foi firmado um convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Campinas, tendo sido transferido para este hospital o atendimento ambulatorial, de enfermarias e a área de atendimento à emergência da Faculdade.

“Para diferenciar do atendimento da Santa Casa chamava-se Hospital das Clínicas ... As pessoas inventaram o nome Hospital das Clínicas ainda dentro da Santa Casa...A gente até achava estranho.. Que hospital?” (Diretor FCM, 1988/1990)¹¹¹

Em 1965, foi também criada a Comissão Organizadora da Universidade Estadual de Campinas¹¹² a qual teve como responsabilidade estudar e planejar a gradativa formação das unidades da Universidade, incluindo a construção de área própria para a instalação do Hospital das Clínicas da UNICAMP, que se converteria no hospital de ensino da Faculdade de Ciências Médicas.

“Criadas nas primeiras décadas deste século [século XX], as faculdades da área de saúde no Brasil utilizaram-se dos serviços existentes, principalmente dos hospitais de caráter filantrópico, como locais de ensino e de prática de futuros profissionais.

Entre as décadas de cinquenta e sessenta, essas faculdades começaram a criar serviços em que a função assistencial era menos importante do que o suporte que eles ofereciam à atividade de ensino.(...) o doente era um ‘indigente’, deveria aceitar o que lhe ofereciam, e para obtê-lo deveria abrir mão de sua vontade e de seu direito de reclamar. Enfim não era um cidadão portador de direitos civis, políticos e sociais; era um objeto de estudo e da ação da filantropia.”¹¹³

O modelo de atenção vigente na Santa Casa no período de 1966 a 1980, conforme assinala Camilo¹¹⁴ era baseado no critério de acesso definido pelo princípio de cidadania invertido¹¹⁵, no qual o indivíduo se torna beneficiário do sistema pelo motivo do reconhecimento da sua incapacidade de exercer sua condição de cidadania.

¹¹⁰ Maria V. R. F. CAMILO. *A Universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde. A trajetória histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966 – 1996*, p. 60.

¹¹¹ *Ibid.*, p. 62.

¹¹² DECRETO nº 45.220 de 1965, cf. JORNAL DA UNICAMP, *Cronologia: Raízes da Unicamp remontam anos 40*, X (115) : 8.

¹¹³ Regina G. MARSIGLIA, *Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, p. 15.

¹¹⁴ Maria V.R.F. CAMILO, *op. cit.*, p. 59.

¹¹⁵ Sônia FLEURY, *Estado sem cidadão: seguridade social na América Latina, passim; Aldaíza SPOSATI, Carta Tema: A assistência social no Brasil 1983? 1990*, p. 24.

No tocante ao ideário de direito e de assistência à saúde presentes neste período de criação e implantação do Hospital das Clínicas julgamos conveniente ilustrar com o depoimento do diretor da FCM no período de 1988/ 1990, citado no estudo de Camilo (1997), que explicita o pensamento da época sobre o trabalho nos hospitais de ensino:

“O pessoal usava naquela época a famosa expressão depreciativa indigente... As pessoas diziam... Não, não estamos aqui para trabalhar com o sistema, para atender a previdência. Nós temos que trabalhar com os miseráveis, com os indigentes. Era um conceito que tinha nas faculdades de medicina até 1960 e pouco, de que as faculdades de medicina, deveriam só ensinar, ... e como os ricos e os bem herdados não poderiam ser objeto de estudo a gente usava os indigentes... desde a anatomia, histologia até como paciente.”¹¹⁶

O modelo de atenção do hospital na Santa Casa¹¹⁷ esteve, profundamente marcado, por esta visão de mundo, visão esta que toma o outro, que não é qualquer outro é o pobre, o desvalido, como objeto. Este depoimento revela a profunda assimetria presente nesta relação de atendimento ao pobre e o uso do seu corpo pela ciência médica – pela disciplina médica – seus protocolos, procedimentos, suas normas antecedentes ? como objeto a ser dissecado, esquadrinhando daí resultando conhecimentos (saberes) em nome da assistência pública. Então este ideário já tem uma história, a da “filantropia” ao pobre na ausência de uma política pública – do bem comum ? face as dificuldades posta pela estrutura de classes.

Analisa Marsiglia¹¹⁸, que essa forma de atenção à saúde associada ao ensino se constituiu numa tendência de organização do modelo de atenção criado pelas faculdades da área da saúde.

Após o Regime Burocrático Autoritário de 1964, continua Marsiglia, a assistência à saúde passou por um processo de modernização, centralização e de expansão.

*“**Modernização**, pela tentativa de dotar as instituições de mecanismos e práticas mais racionalizadoras na sua organização e prestação de serviços.*

***Centralização**, pela unificação de todos os serviços previdenciários e a criação de fortes administrações federais que tiveram como objetivo não a estatização na prestação de serviços, mas, ao contrário, a criação de condições financeiras e organizacionais para que os recursos públicos fossem colocados à disposição do*

¹¹⁶ Maria V.R.F. CAMILO, *A Universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde*. A trajetória histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966 – 1996, p. 62.

¹¹⁷ Sobre este período ler Maria V. R. CAMILO, *op. cit.*, capítulo II: Das Origens: 1966? 1980, os princípios de cidadania invertida.

¹¹⁸ Regina G. MARSIGLIA, *Relação Ensino/Serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, p. 15.

*crescimento dos serviços privados*¹¹⁹.(...) **Expansão**, pela busca em atingir por meio dos serviços públicos privatizados¹²⁰ grandes segmentos populacionais que até então estiveram excluídos do sistema de seguro social: empregados domésticos, trabalhadores autônomos, idosos, e principalmente os trabalhadores rurais.”¹²¹

Analisa Camilo que a precariedade das instalações e de recursos materiais repercutia sobre os serviços e o atendimento oferecido, levando ao não cumprimento de regras antecedentes básicas de higiene e de segurança no trabalho¹²² e que a partir de 1971 a Santa Casa de Misericórdia de Campinas iniciou o atendimento ao usuário do FUNRURAL sendo que, coube a Previdência Social ressarcir o hospital pelo atendimento realizado junto a essas populações, conforme tabela de pagamento em vigor.¹²³ Segundo a autora, citando Luz os hospitais universitários começaram a se integrar a Previdência a partir do decreto 63.341, de outubro de 1968, onde se determinava, que o Instituto Nacional de Previdência Social deveria repassar parte de seus valores para os hospitais de clínicas. Todavia esse fato só veio a ocorrer após 1974, e afirma Camilo citando Luz, que um dos primeiros a participar do Convênio Global em 1974 foi o Hospital de Clínicas da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.¹²⁴

*“A partir de 1968 pode ser modificado na prática (hospitalar) o caráter do ensino: mudam os pacientes (não são mais indigentes, mas trabalhadores previdenciários); muda o estilo de assistência médica, que se torna progressivamente de **massa**, como os médicos em geral plantonistas e assistentes) devendo atender muito mais gente em muito menos tempo; mudam as doenças elegíveis para as terapias (Não mais casos raros, clinicamente complicados, assuntos de aulas brilhantes, mas as “doenças normais” da população).”*¹²⁵

No período entre 1970/1980, afirma Camilo que pairavam diversas preocupações entre as lideranças do Hospital das Clínicas da UNICAMP, com relação aos rumos da instituição, destacando-se uma preocupação com a questão da autonomia, das fontes de

¹¹⁹ Serviço médicos privados com remuneração pública baseada no desenvolvimento do Sistema de Assistência Médica denominado de Complexo Médico Previdenciário. Cf. MARSIGLIA, R. *Relação ensino/serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, p. 16.

¹²⁰ Marsiglia analisa que a expansão da assistência médica neste período deu-se a partir de uma tendência a universalização com privatização e sem equalização na prestação do serviço. In: MARSIGLIA, R. *Relação ensino/serviço: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*, p. 17.

¹²¹ *Ibid.*, p. 16?17.

¹²² *Ibid.*, p. 69.

¹²³ Maria V.R.F. CAMILO, *A Universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde. A trajetória histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966 – 1996*, p. 72.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 76.

¹²⁵ Madel T. LUZ, *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*, p. 192, grifos da autora.

financiamento para a ampliação e da integração ao sistema de saúde.¹²⁶ Em fevereiro de 1979, houve a inauguração do Ambulatório Geral de Adultos no atual prédio do Hospital das Clínicas na Universidade.¹²⁷

Conforme analisa ainda Camilo, no período de 1981?1988, houve uma gradativa mudança no público atendido pelo hospital universitário, tendo apontado como fatores importantes a abertura dos serviços a população previdenciária a partir do convênio MEC/MPAS (1980) para os hospitais de ensino.

“O serviço social possui 31 anos, iniciou na Santa Casa de Campinas, sendo transferido para o HC, o qual segue as mesmas diretrizes da Instituição: Assistência, ensino e pesquisa..”

(Diário de Campo da 7ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Neste período, as enfermarias continuaram funcionando na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, uma vez que, somente a partir de outubro de 1985¹²⁸, a Unidade de Internação ? epicentro de nossa pesquisa ? passou, gradativamente, a ocupar o prédio do Hospital das Clínicas no Campus Universitário. Ao longo dos primeiros meses de 1986, foram sendo instaladas as demais enfermarias e em junho, inaugurou-se o pronto socorro.

“Funcionando como hospital de referência para uma região de quatro milhões de pessoas em 90 cidades, o Hospital de Clínicas da Unicamp foi oficialmente inaugurado no início de 1986 com 85 leitos e 70 especialidades médicas. Teve, nesse ano um movimento de 240 mil consultas, 6922 internações, 324 mil exames clínicos e 4.222 cirurgias.

Quatro anos depois, isto é, ao final do atual período administrativo, funciona o HC com 354 leitos e cento e quarenta especialidades. Seu movimento geral em 1989 contabilizou 318 mil consultas, 11.214 internações, 716 mil exames clínicos e 7340 cirurgias. Em outras palavras, realiza-se ali atualmente uma média mensal de 30 mil consultas em seus ambulatórios, 60 mil exames apenas em seu laboratório central e 300 atendimentos diários em seu pronto socorro.”¹²⁹

Este documento da reitoria explicita a integração do hospital ao sistema de saúde revelado através do uso da expressão “*funcionando como hospital de referência para uma região de quatro milhões de pessoas em 90 cidades.*” Os números apresentados no período de 1986 a 1990 revelam tanto o crescimento do número de leitos – de 85 para 354 leitos ?

¹²⁶ Maria V.R.F. CAMILO, *op. cit.*, p. 71.

¹²⁷ Cf. PIGLIONI, Célia. *Cronologia: Raízes da Unicamp remontam aos anos 40*. In: JORNAL DA UNICAMP, ano X, nº. 115, p. 8.

¹²⁸ BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital de Clínicas, Campinas, nº 3 – jan / fev/ mar 2001, p. 1

¹²⁹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Reitoria. *Relatório do Quatriênio Abril 1986 – abril 1990*, p. 126.

quanto o aumento das especialidades médicas ? de 70 para 140 especialidades ? disponíveis para o atendimento à população de uma grande região do Estado.

“A demanda dos serviços prestados pelo hospital de Clínicas da Unicamp, advém da cidade de Campinas e região e outros estados/país”

(Diário de Campo da 2ª estudante? estagiária ? grifos nossos)

Nos primeiros anos de funcionamento do hospital no campus, antigos e novos profissionais passaram a trabalhar em um novo espaço físico. Todavia, o espaço físico moderno não se constituiu um aspecto suficiente por si só para garantir que o hospital vivesse um tempo de ruptura com a antiga ordem. Se analisarmos o modo como se dava a dinâmica interna do cuidado e o atendimento no Hospital das Clínicas observaremos que alguns aspectos revelavam inovações e outros, continuidade.

A mudança do espaço físico, vide figuras 1 e 2, até então caracterizado pelo uso de um prédio antigo, com precárias instalações e a mudança para um espaço moderno, com instalações físicas arrojadas, com mobiliário novo não foram suficientes para imprimir uma nova lógica de atendimento e de compromisso com o doente. Era um novo tempo, com outros e novos dilemas. As mudanças não se limitavam à nova arquitetura do hospital, eram novos e muitos os desafios. O próprio financiamento do setor saúde estava passando por inúmeras modificações. A modernização de sua estrutura administrativa esteve intimamente ligada às mudanças ocorridas na política de assistência à saúde que passou a nortear a saúde pública neste período, tendo reflexo sobre o seu público.

Nos anos 80, deu-se uma das principais modificações do modelo assistencial brasileiro decorrente do investimento para o crescimento dos serviços públicos estaduais, na vigência do Programa de Ações Integradas à Saúde (AIS, 1983). Houve uma tendência a ampliação do repasse financeiro do governo da União, através do INAMPS, para custear e investir nos sistemas municipais e estaduais. Esta tendência foi ampliada quando da implantação do SUDS, em 1987.

“No ano de 1987, foi criado o Ambulatório de Primeiro Atendimento (APA), com o objetivo de triar e organizar o acesso da população usuária.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)



Figura 1 ? Foto da Santa Casa de Misericórdia no período que funcionava como hospital escola antes da inauguração do Hospital das Clínicas da UNICAMP – Acervo da FCM/ UNICAMP



Figura 2 ? Foto da vista lateral do Hospital das Clínicas da UNICAMP – Acervo FCM/UNICAMP

Observa-se que apesar da 2ª Estudante não ter vivido este momento do hospital relatou em seu diário essa etapa marcante na história deste serviço. O sentido que a estudante conferiu a este período pode ser apreendido a partir do uso da expressão “*com o objetivo de triar e organizar o acesso da população usuária*” o que revela uma preocupação com o modelo de saúde que estava sendo implantado e não somente com a demanda de serviço ao hospital. Apreende-se o entendimento do desafio que representava a organização do SUS naqueles momentos iniciais que tinha na hierarquização da rede uma questão fundamental a ser construída.

Com a promulgação da última Constituição da República Federativa do Brasil, o direito à Saúde foi incluído no capítulo chamado Seguridade Social. Deu-se a redefinição do arcabouço jurídico institucional, ocasião em que o direito à saúde passou a ser considerado como um princípio da política social, sendo o direito à saúde entendido como de caráter universal, extensivo a todo cidadão, independentemente, de qualquer tipo de contribuição.

“Nesses termos, a análise de um sistema de saúde deve iniciar-se por desvendar a lógica de sua estruturação e de seu funcionamento, bem como as articulações institucionais que apresenta, tendo em mente as qualificações em relação à população abrangida, modelo assistencial implementado, e principalmente as formas de financiamento adotadas.

A noção de sistema pressupõe a existência de partes não só articuladas entre si mas principalmente que funcionem como estruturas organizadas.(...) Assim, ao referir-se de forma mais ampla ao Sistema de Saúde imagina-se uma gama imensa de instituições sociais voltadas ao benefício da saúde.”¹³⁰

O texto constitucional legitimou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de acordo com as diretrizes pautadas na descentralização e na hierarquização da rede. Com este sistema buscou-se a melhoria da saúde da população em geral e a implementação de um sistema que contemplasse a universalização da assistência em todos os níveis de atenção. Pode-se dizer que houve o reconhecimento do direito à saúde pelo Estado através do SUS. Este reconhecimento do direito à saúde demandou ao hospital uma modificação na forma do atendimento e da relação com a população usuária, à medida que precisou construir uma nova relação de atenção com o usuário pautada no princípio de que este fosse visto não mais como objeto do saber, mas como cidadão de direito.

¹³⁰ Paulo E. ELIAS, Estrutura e Organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*, p. 63.

“Em sua forma abstrata o sistema de saúde pode ser também pensado de várias maneiras. No entanto a forma mais usual de pensá-lo (talvez também a mais difundida) consiste em agrupar as instituições que o compõem segundo as esferas de atendimento (classificadas em níveis¹³¹: primário, secundário, terciário, etc.), ou ainda segundo locais de atendimento, estabelecendo uma hierarquização entre os diversos grupos (...) Deve-se ressaltar, no entanto, que esta forma abstrata dos Sistemas de Saúde é muito mais um recurso intelectual para facilitar o debate do que propriamente uma estrutura a ser reconhecida no cotidiano do funcionamento dos serviços de assistência à saúde. Assemelha-se a um “tipo ideal”, dificilmente encontrável na realidade, sobretudo na do Brasil.”¹³²

A Lei Orgânica da Saúde¹³³ aprovada em 1990, regulou em todo o território nacional as ações e serviços de saúde e dispôs sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em dezembro de 1990, a lei nº 8142 foi aprovada e dispôs sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros da área da saúde e sobre “a participação da comunidade na gestão do SUS”¹³⁴, deixando condicionado o recebimento de recursos financeiros à existência de Conselho Municipal de Saúde funcionando como preconizado na legislação.¹³⁵

“O Conselho de Saúde, tem caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços profissionais da saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde nas instâncias correspondentes inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.”¹³⁶

No tocante à definição de como se daria a “participação da comunidade na gestão do SUS”, o novo texto da lei define como seria composto este Conselho:

“(...) a representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.”¹³⁷

Apesar dessa estrutura jurídica que se criou, foram inúmeras as dificuldades enfrentadas para a implantação de um novo modelo de saúde, surgiram desde conflitos de

¹³¹ Cf. Paulo E. ELIAS a pirâmide do Sistema de Saúde é concebida dividida em três esferas de atendimento: *Primário* é a saúde em nível de distrito, o atendimento dá-se nos centros de saúde e domiciliar, *secundário* refere-se aos hospitais de distrito ou poli clínicas, *terciários*, são os hospitais especializados. In: COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*, p. 65.

¹³² Paulo E. ELIAS, Estrutura e Organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*, p. 64, grifos nossos.

¹³³ LEI nº 8080, de 19 de setembro de 1990 dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e deu outras providências.

¹³⁴ LEI nº 8142, de 28 de dezembro de 1990.

¹³⁵ Eleutério RODRIGUES NETO, A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas.

¹³⁶ LEI nº 8142, *op. cit.*, artigo 1, parte II.

¹³⁷ LEI nº 8142, *op. cit.*, artigo 1, parte IV.

orientação político-ideológicos até interesses econômicos diversos. O próprio Ministério da Saúde apresentou ao Conselho Nacional de Saúde o documento “*Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*,”¹³⁸ no qual discutiu as formas de operacionalização do processo de descentralização e propôs formas de encaminhamento para a implantação de uma Política de Saúde Pública.

*“(...) o Ministério da Saúde, em 1991, acabou sintetizando os diversos critérios propostos em uma fórmula que remunera cada município pelo volume de procedimentos individuais realizados, adotando um sistema muito semelhante ao já utilizado para o pagamento dos hospitais privados e clínicas privadas. O critério populacional entrou somente no cálculo do valor de cada procedimento, variável conforme a proporção de habitantes de Estado em relação ao total do país. Os recursos para novos investimentos continuam na dependência de negociação e acordos políticos.”*¹³⁹

Todo esse processo de implantação de uma política de saúde teve repercussões no âmbito dos serviços de saúde e dos hospitais e os registros nos diários das estudantes revelaram que elas estiveram atentas à relação interdependente da rede de assistência à saúde.

“O aumento constante dessa demanda reflete a falta de estrutura municipal, quanto aos serviços especializados de saúde, descaracterizando, portanto, a proposta de uma nova política onde os município, estados, tratariam de desenvolver sua ações em níveis primário, secundário e terciário de saúde.”

(Diário de Campo da 2ª estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Torna-se oportuno discutir, em linhas gerais, as formas de financiamento do Sistema de Saúde pois ele é criado com uma lógica que apresenta inúmeras nuances para compô-lo e o seu entendimento é uma das dificuldades que as estudantes sempre buscam entender.

*“Entende-se por financiamento as diferentes modalidades de provimento de recursos necessário para o setor da saúde. Podem-se identificar duas modalidades básicas ou ‘puras’ de financiamento ? aporte de recursos públicos ou privados. Existem, porém inúmeras combinações entre o provimento de recursos financeiros e a segmentação de serviços, viabilizadas a partir dessas duas modalidades básicas de financiamento.”*¹⁴⁰

Conforme analisa Elias,¹⁴¹ na modalidade privada existem duas formas principais de financiamento a dos seguros voluntários contratados junto às empresas que atuam no

¹³⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE, *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e de fazer cumprir a lei*, *Saúde em Debate* (38) : 4.

¹³⁹ Gastão W. S. CAMPOS, *Reforma da reforma: repensando a saúde*, p. 101.

¹⁴⁰ Paulo E. ELIAS, *Estrutura e Organização da atenção à saúde no Brasil*. In: COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*, p. 93.

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 93.

mercado de assistência à saúde como seguradora (através de reembolso dos gastos conforme estabelecido através de previsões contratuais) ou através de oferecimento de variados tipos de planos. Existe também o desembolso direto, feito através do pagamento direto do usuário para a instituição e/ou profissional.

As principais formas de arrecadação de recursos públicos para o financiamento da atividade de saúde dão-se através da implantação de seguro obrigatório ou de contribuição compulsória administrada ou regulada pelo Estado e através de recursos fiscais resultante de atividades arrecadatórias como impostos, tributos, contribuições ou outras taxações realizadas pelo Estado.¹⁴²

No Brasil, conforme assinala, ainda Elias, utiliza-se de combinações resultantes da modalidade “pura” que se apresentam sob a forma de transferência direta ou indireta de recursos públicos para o setor privado. Elas vão desde as transferências pura e simples, até as subvenções do Estado oferecidas ao setor privado, as renúncias fiscais, as isenções e abatimento de gastos com saúde no cálculo do imposto de renda de pessoas físicas ou jurídicas, o que se constitui num mecanismo de incentivo importante para o setor privado de saúde.¹⁴³

Os recursos para o financiamento público da saúde são definidos no artigo 198, parágrafo único, da Constituição Federal que define que “o Sistema Único de Saúde será financiado nos termos do artigo 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”¹⁴⁴ Essa lei também determina o percentual dos recursos do Sistema Previdenciário a ser repassado para a saúde, o que, ao longo destes anos conforme aponta Elias, tem desencadeado tensão entre os dois Ministérios.

“(...) os recursos públicos para o financiamento da saúde dependem dos aportes do Orçamento da Seguridade Social, cujas fontes financeiras mais significativas provém dos descontos dos salários dos trabalhadores vinculados ao mercado formal de trabalho, (...) dos contribuintes autônomos e do recolhimento de percentual incidente sobre as folhas salariais das empresas, dos recursos tributários e fiscais ? dentre os mais significativos a Contribuição para o Financiamento da Seguridade (COFINS) e a contribuição sobre o lucro líquido ? e a partir de 1993, da participação mais significativa do tesouro da União, por meio

¹⁴² Paulo E. ELIAS, Estrutura e Organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços, passim.*

¹⁴³ *Ibid.*, p. 94.

¹⁴⁴ BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, artigo 198, p. 133.

de aportes financeiros mais regulares, necessários ante às restrições decorrentes das políticas orçamentárias implementadas pelo Sistema Previdenciário.”¹⁴⁵

Há um outro aspecto da tensão que gostaríamos de discutir e que é apresentado a seguir por Campos. Trata-se do confronto entre a lógica mercantil, apontada pelo autor em termos neoliberais e a visão do bem comum. Esta tensão permanente está presente o tempo todo no espaço da saúde, pois o financiamento dá-se pautado na lógica de mercado e o cuidado é realizado sob um outro sistema de valores, ou seja, os valores sem dimensão, do valor da vida e do bem comum.¹⁴⁶

“A adoção de nova sistemática trouxe para o setor público elementos da lógica de mercado, de acordo com o que já vinha recomendando o pensamento neoliberal. Assim o dirigente local que pretende obter um maior volume de recursos terá de adotar uma racionalidade semelhante à que preside os hospitais privados quando se relacionam com o SUS. Incentivar a produção de atos mais bem remunerados, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou não contemplados na lista dos rentáveis ? como quase todas as ações de âmbito coletivo, por exemplo.”¹⁴⁷

Inúmeras foram as dificuldades enfrentadas para viabilizar esse modelo de atenção e fazê-lo funcionar sob a ótica “da defesa da vida”¹⁴⁸ e a introdução da lógica do pagamento centrado na quantidade de procedimentos realizados é indicativo de uma lógica mercantil centrada no procedimento e não na necessidade do usuário/doente.

“Contudo, é evidente que o modelo mais rentável será o de pronto atendimento: centrado em um grande número de consultas médicas com escassa utilização de procedimentos mais complexos. Podendo arriscar uma previsão de que os sistemas locais tenderão a afastar-se das áreas de reabilitação, urgência hospitalar e de saúde pública.”¹⁴⁹

Campos¹⁵⁰ salienta que apesar dos aspectos contraditórios presentes desde a implantação do SUS, houve no decorrer de sua constituição uma ampliação do poder e da autonomia gerencial e assistencial do município, como deu-se também um processo de ampliação do poder das secretarias municipais que já havia iniciado após a vigência das Ações Integradas de Saúde (1983). Manteve-se com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS:1987) e se consolidou com a lei do SUS (1990). Outro aspecto apontado

¹⁴⁵ Paulo E. ELIAS, *op. cit.*, p. 96.

¹⁴⁶ Denise ALVAREZ, *Produção Acadêmica no Instituto de Física da UFRJ: questões ligadas à temporalidade, organização do trabalho e avaliação*: Capítulo 3.

¹⁴⁷ Gastão W. S. CAMPOS, *Reforma da reforma: repensando a saúde*, p. 102.

¹⁴⁸ IDEM, Subjetividade e Administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde, in: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. *Praxis em salud: um desafio para lo público*, p. 250.

¹⁴⁹ Gastão W. S. CAMPOS, *Reforma da reforma: repensando a saúde*, p. 102.

¹⁵⁰ *Ibid.* p. 102.

pelo autor foi que essa delegação de autoridade se fez acompanhar da implantação de Conselhos, baseados na prática da gestão colegiada conforme definida pela lei.

Para finalizar essa breve, mas necessária discussão sobre o financiamento da saúde, gostaríamos de apontar uma tendência que tem sido marcante na relação entre público e privado no setor de saúde no Brasil: a de que os recursos privados, ou seja, a medicina supletiva, tem financiado um sistema que em 1993 cobria apenas um quinto da população, ou seja, cerca de trinta e quatro milhões de habitantes.¹⁵¹ Isto nos leva a ressaltar o quão necessária se torna a construção de uma política de saúde pública que seja, de fato, capaz de preocupar-se com os quatro quintos da população que não podem contar com esse tipo de medicina.

A questão da construção de um sistema de saúde no qual o direito seja, realmente, de caráter universal aparece no decorrer dos diários das estudantes e marca de modo particular a leitura que fazem do cotidiano das suas atividades de trabalho.

“Estas abordagens nos levam a refletir sobre a importância do trabalho educativo junto à rede primária de saúde, onde estaríamos enfocando a importância de um trabalho intenso educativo onde abordaríamos as medidas preventivas. Assim poderíamos estar reduzindo o número de causas complexas que chegam a rede secundária e terciária de saúde exigindo dessas medidas curativas. Pois o paciente chega nestas unidades com o quadro clínico tão agravado que torna-se impossível trabalhar as medidas preventivas.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

O exercício de pensar alternativas para a organização da saúde pública está explícito no relato do registro do diário quando, a partir da sua atividade de trabalho, a estudante pensa sobre o trabalho nas unidades básicas de saúde. A crítica que realiza neste relato às práticas existentes no nível primário e secundário, permite à estudante constituir uma noção de conjuntura,¹⁵² indispensável para o momento de gerir as dificuldades presentes no dia a dia de atendimento. Entendemos como Schwartz que “‘pensar de modo coletivo’ sempre comporta algo da natureza de uma escolha conjuntural.”¹⁵³

“Outro fator que acentua o inchaço deste hospital remete-se às políticas desenvolvidas pelas prestadoras de serviços de saúde privada, que não asseguram

¹⁵¹ Paulo E. ELIAS, Estrutura e Organização da atenção à saúde no Brasil, In COHN, Amélia. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*, p. 96.

¹⁵² Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 23.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 23.

procedimentos especializados como por exemplo, quimioterapia, radioterapia, tratamento à aids entre outros.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante ? Estagiária – grifos nossos)

O registro no diário de campo da 2ª estudante já revela desde março de 1995 que esta estava atenta ao fato de que havia procura por atendimento de usuários da saúde privada no hospital.

“Todo serviço desenvolvido pelo serviço social está pautado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que visa além da prestação de serviços os direitos do seu usuário enquanto cidadão.”

(Diário de Campo da 7ª Estudante? estagiária – grifos nossos)

As estudantes acreditam que enquanto cidadão todos tem direito ao SUS. Então qual a causa desta sua preocupação com a questão dos planos de saúde privados? A preocupação da estudante revela um duplo sentido, de um lado a percepção de que há uma ampliação da demanda que está acima da capacidade de atendimento do hospital, mas revela, principalmente uma indignação quanto ao fato da saúde privada se esquivar do atendimento mais caro, revelado no relato pela expressão “*não asseguram procedimentos especializados como por exemplo, quimioterapia, radioterapia, tratamento à aids entre outros*” fato que a estudante identifica como sendo uma “*política*”. O relato dos itens não cobertos pelos planos de saúde privados registrados no diário da estudante revelam como, a partir do atendimento, a própria população refere essas dificuldades a respeito da não cobertura de procedimentos especializados como uma experiência de privação de direito.

O Ministério da Saúde regulamentou a Lei dos Planos e Seguros de Saúde,¹⁵⁴ somente em novembro de 1998, a qual entrou em vigor a partir de 04 de janeiro de 1999. Através dela foram introduzidas novas atribuições e responsabilidades às operadoras de seguros e cooperativas médicas. Essa lei dispôs “*sobre o ressarcimento de atendimento à saúde prestados aos usuários de Planos ou Seguros de Saúde por instituições públicas integrantes do Sistema Único de Saúde*”¹⁵⁵ e estabeleceu que a cobrança seria feita através de Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos – TUNEP ? que

¹⁵⁴ BRASIL. Lei 9656/98, resolução nº 9, publicada em 03/11/1998 que dispôs sobre o ressarcimento de atendimento à saúde prestados aos usuários de Planos ou Seguros de Saúde por instituições públicas integrantes do Sistema Único de Saúde.

¹⁵⁵ REGULAMENTAÇÃO de lei garante novos recursos aos hospitais públicos. HC INFORMA, Campinas/SP, nº 04, janeiro/ fevereiro de 1999, p. 1.

posteriormente seria instituída pelo Conselho de Saúde Suplementar de acordo com o parágrafo 2 do artigo 32 da Lei nº 9656/98.

A Superintendência do HC?UNICAMP e o Ministério da Saúde decidiram realizar uma experiência piloto a fim de criar e implementar uma metodologia de ação que permitisse que o ressarcimento se tornasse uma prática entre a área pública que realiza estes atendimentos mais caros e os planos privados que deles se afastam.

“Responderemos pelo nosso Hospital que, sendo um órgão público, depende de recursos orçamentários para sobreviver. Todos sabemos dos graves problemas econômicos que afetam o país e que os recursos para a saúde, infelizmente são escassos, Neste sentido os hospitais públicos necessitam de receitas extra-orçamentárias, para sobreviverem. Mas o déficit é grande. Com os recursos adicionais, muitos projetos poderão ser concretizados e, conseqüentemente, haverá melhoria no atendimento à população. Estima-se que hoje, pelo menos 10% (pode chegar a 40%) dos quarenta e cinco mil pacientes que utilizam o HC, mensalmente pagam planos de saúde privada. Pagam os planos, mas não os utilizam, ou utilizam pouco: preferem o hospital público.”¹⁵⁶

Uma das principais dificuldades que a administração dos hospitais enfrentava era tentar equacionar o financiamento público e o custeio dos hospitais através da criação de novas fontes de custeio para tentar manter o nível de atendimento e qualidade. O hospital continuava com o atendimento de acesso universal em conformidade com as diretrizes do SUS, sendo que a assumpção da política do ressarcimento seria adotada para cumprimento da lei e como tentativa de gerar uma receita capaz de viabilizar o custeio dos serviços realizados pelo hospital.

Os efeitos deste trabalho repercutiram na imprensa falada e escrita tendo encontrado adeptos e opositores, conforme depoimento de usuário publicado no jornal *Correio Popular* do município de Campinas.

“Estou escrevendo para me mostrar contrário à opinião do Senhor Secretário Municipal de Saúde [nomeia o Secretário de Saúde de Campinas]. Conforme reportagem publicada no Correio Popular (12/05), o secretário se mostrou contrário à cobrança por parte do H.C. da Unicamp de atendimento feito a pessoas que tenham planos de saúde. Porém, digo que um de meus filhos em uma oportunidade sofreu um grave acidente de moto em Barão Geraldo e ao ser atendido pelo Corpo de Bombeiros, foi levado para o Pronto Socorro da UNICAMP. O atendimento e o tratamento foram qualificados. (...) Por isso, senhor secretário, acho que não teria nada de mais se minha mensalidade fosse repassada ao H.C. da UNICAMP, uma vez que o hospital (público) é muito melhor que diversos outros (particulares). Espero que uma solução menos dolorosa para nós

¹⁵⁶ RESSARCIMENTO: justo ou injusto. HC INFORMA, Campinas/SP, nº 06, maio/ junho de 1999, p. 1.

contribuintes seja encontrada e que alguns orgulhos para nossa cidade, como o H.C. da UNICAMP, não fiquem esquecidos.”¹⁵⁷

O embate entre a garantia da busca da universalidade e o direito de igualdade de acesso ao atendimento e as forças privatistas são uma constante.

“(...) o poder dissolvente dos profundos cortes orçamentários, a instabilidade permanente de recursos para o setor ? mais a estrutura arcaica, centralizada e pouco flexível da administração direta do Estado – em grande parte sucateada e entregue à própria sorte, como que para provar sua inviabilidade ? têm sido extremamente funcionais às propostas privatistas em curso.”¹⁵⁸

As questões sobre financiamento, implantação da descentralização, viabilização da hierarquização em um sistema de saúde com uma pulverização das redes primárias e secundárias constituíram-se em sérios limites para a implantação do modelo SUS.

Nos diários de campo houve uma preocupação freqüente das estudantes com a questão do orçamento, por tratar-se de sistemática complexa, no decorrer dos registros voltavam inúmeras vezes a esta questão.

“Os recursos extra-orçamentários provém do convênio com o Sistema Único de Saúde ? SUS”

(Diário de Campo da 3ª Estudante? estagiária)

Todavia nossa preocupação em não perder de vista as questões internas do HC?UNICAMP nos levam a retornar o pólo da leitura centrada numa visão mais microscópica¹⁵⁹ como sugere Schwartz e o fazemos com a intenção de realizar uma leitura que nos permita buscar inspiração em M. de Montmollin citado por Duraffourg que afirma que *“olhar de perto permite ver mais longe.”¹⁶⁰*

Ao nos determos sobre a história particular do Hospital das Clínicas registrada nos diários de campo das estudantes observamos inúmeras facetas deste processo mais geral refletindo sobre o cotidiano das ações de saúde no hospital e sobre esses momentos particulares faremos uma leitura de como se deu esse processo de crescimento e de ampliação da complexidade no seu cotidiano.

¹⁵⁷ SANTOS, José Maria dos. *Depoimento*. Correio Popular, Campinas, 17/05/1999.

¹⁵⁸ Roberto GOUVEIA e José João PALMA, SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *In: USP, Estudos Avançados: Dossiê Saúde Pública*, 13 (35) : 145

¹⁵⁹ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32): 38.

¹⁶⁰ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho. *In: DIEESE. (org.) Emprego e Desenvolvimento Tecnológico no Brasil*, p. 129.

1.2. Enfermaria *locus* de trabalho e diversidade

Nosso estudo visa analisar a formação de estudantes a partir do estágio supervisionado de Serviço Social na unidade de internação de um hospital complexo em função disto focalizaremos nossa atenção na estrutura física, na organização interna e no processo de trabalho da área de Enfermaria. Julgamos necessária essa discussão em função do fato que a busca do entendimento da complexidade da área se constituiu um desafio constante para as estudantes uma vez tentaram entender essa diversidade e heterogeneidade e isto demandou um tempo para o conhecimento que se deu a partir da realização das atividades de trabalho nesse meio novo – a unidade de internação.

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação do Ministério da Saúde¹⁶¹ a unidade de internação se caracteriza pela prestação de atendimento a pacientes que necessitam de assistência direta programada por período superior a vinte e quatro horas.

A Organização Pan?Americana da Saúde (OPAS) define hospital:

*“São todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia, e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.”*¹⁶²

O financiamento dos hospitais pelo Sistema Único de Saúde ? SUS ? se baseia no preço tabelado referente a um pacote¹⁶³ que estabelece o número de dias de internação. O pagamento é feito em função do tempo de internação que é estabelecido numa correlação entre o diagnóstico da doença e a terapêutica prevista.

*“(...) do ponto de vista do faturamento, para o hospital é mais vantajoso que o paciente tenha alta o mais rápido possível, permitindo dispensar menos recursos e aproveitar melhor o financiamento que recebe. A questão não é simples, porém quando se trata de um hospital universitário público, que deve atender pacientes de alta complexidade e, ao mesmo tempo, garantir a formação de profissionais da saúde e o desenvolvimento de pesquisas para novos tratamento.”*¹⁶⁴

¹⁶¹ BRASIL. Ministério da Saúde, *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*, p. 23.

¹⁶² *Ibid.*, p. 8.

¹⁶³ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 104 de 22/06/1994, publicada D.O.U. 122/94 em 29/06/1994.

¹⁶⁴ Helder P. MUNIZ, *A gestão do tempo de permanência do paciente de Neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*, p. 2.

A administração superior no hospital é exercida pelo Conselho de Administração que é o órgão consultivo e deliberativo que tem sob sua responsabilidade a administração superior do hospital e a Superintendência que é o órgão superior de direção executiva que coordena, supervisiona e controla as atividades de Administração e executa as determinações do Conselho de Administração.

O Hospital das Clínicas é a maior unidade de saúde ligada à Faculdade de Ciências Médicas. O conjunto dos serviços que atendem a saúde tem sido denominado pela Universidade de Complexo da Saúde.¹⁶⁵ Esse complexo é formado pelas seguintes unidades: o Hospital das Clínicas (HC), o Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), o Centro de Pesquisa Onco Hematológicas (CIPOI), o Hemocentro, o Gastrocentro, o Centro de Reabilitação Dr. Gabriel Porto (CEPRE) e os demais serviços da Faculdade de Ciências Médicas e da Faculdade de Odontologia de Piracicaba. A denominação de “unidade” utilizada para referir-se ao hospital encobre a diversidade, a heterogeneidade e complexidade que compõe sua estrutura de atendimento.

O Hospital das Clínicas da UNICAMP é um centro de referência regional para o tratamento da saúde. Nos documentos era definido desde sua concepção como *“um órgão diretamente subordinado à Reitoria e está associado à Faculdade de Ciência Médicas para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico hospitalares à Comunidade.”*¹⁶⁶

Há na prática uma estreita ligação entre o Hospital das Clínicas e a Faculdade de Ciências Médicas, conforme prescreve o documento Organização Geral do Hospital¹⁶⁷ que delimita à Faculdade *“a esfera de atuação de promover a pesquisa e a experimentação”* e ao Hospital a *“de configurar e materializar essas tendências”*.

O regimento¹⁶⁸ da Universidade estabeleceu como funções do hospital:

“I - servir como campo para a formação de profissionais em ciências médicas e correlatas;

¹⁶⁵ Maria V. R. CAMILO, *A universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde. A trajetória histórica do Hospital de Clínicas da UNICAMP: 1966? 1996*, p. 30.

¹⁶⁶ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Portaria GR 062/86 que define Estrutura Administrativa do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – publicada D.O.E. em 26/03/1986, seção I, p. 1.

¹⁶⁷ HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP, *Organização Geral do Hospital*, 1977: 2-3.

¹⁶⁸ SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado de São Paulo. *Regimento Geral da Universidade Estadual de Campinas*, 1977.

II - servir de campo para aperfeiçoamento de médicos, técnicos e de alunos, possibilitando a realização de pesquisas, estágios e cursos de pós graduação;
III - colaborar e contribuir para a educação médico sanitária da população;
IV - funcionar ligado ao sistema de saúde da comunidade, prestando assistência médico-hospitalar na forma de seu regimento.” ¹⁶⁹

A superintendência do hospital tem hoje, duas coordenadorias: a de Assistência, que responde pela área médico?assistencial e a de Administração, que responde pelo gerenciamento dos recursos humanos e materiais. Há também um Diretor Clínico que tem como atribuições zelar pela eficácia da assistência médica dos pacientes, pelo cumprimento do Código de Ética Médico e visa dar apoio às atividades de assistência, ensino e pesquisa desenvolvidas pela Faculdade de Ciências Médicas no âmbito do hospital.

É considerado hospital escola que tem como atribuição atuar no nível da assistência, do ensino e da pesquisa. Atua como hospital geral de grande porte, de nível terciário ¹⁷⁰ em virtude da complexidade da intervenção e disponibilidade de recursos técnico-científicos de que dispõe. Oferece atendimento ambulatorial, de enfermaria, de pronto socorro e exames especializados conforme as diretrizes do SUS.

“[O Estado de] São Paulo está dividido em 24 regiões. A DIR 12 significa uma região do Estado de São Paulo, que são pólos regionais. Na teoria o Hospital das Clínicas limita-se a atender somente pacientes que residem na DIR 12, mas na prática o HC atende a todos [os DIRs].”

(Diário de Campo da 4ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Nesse relato a estudante revela uma preocupação em contextualizar o hospital dentro do sistema de saúde e o faz buscando apreender a amplitude e a delimitação espacial do campo de ação do hospital.

O Estado de São Paulo, do ponto de vista do financiamento e da administração da saúde, está dividido em vinte e quatro Divisões Regionais de Saúde denominados de DIRs. Considerando o caráter regional do Hospital julgamos pertinente apresentar uma visão da distribuição das diversas Regionais no Estado e, para tal, elaboramos a figura 3 baseada na Relação ¹⁷¹ de Municípios por DIR da Coordenadoria de Saúde do Interior da Secretaria de Estado da Saúde. Essa divisão do Estado determina a que unidades de saúde deverão ser

¹⁶⁹ REGIMENTO GERAL DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, op. cit., p. 7. (Grifos nossos)

¹⁷⁰ Cf. nota 131 sobre a pirâmide do Sistema de Saúde que é concebida dividida nas três esferas de atendimento: primário, secundário e terciários. In: Amélia COHN, *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*, p. 65

¹⁷¹ SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde do Interior. Relação de Municípios com respectivas populações, em ordem Alfabética por DIR. Mimeografado.

referenciados os doentes que apresentem necessidade de cuidados específicos ou complexos que demandem acompanhamento das equipes de saúde regionais, por isso a preocupação da estudante em entender essa distribuição.

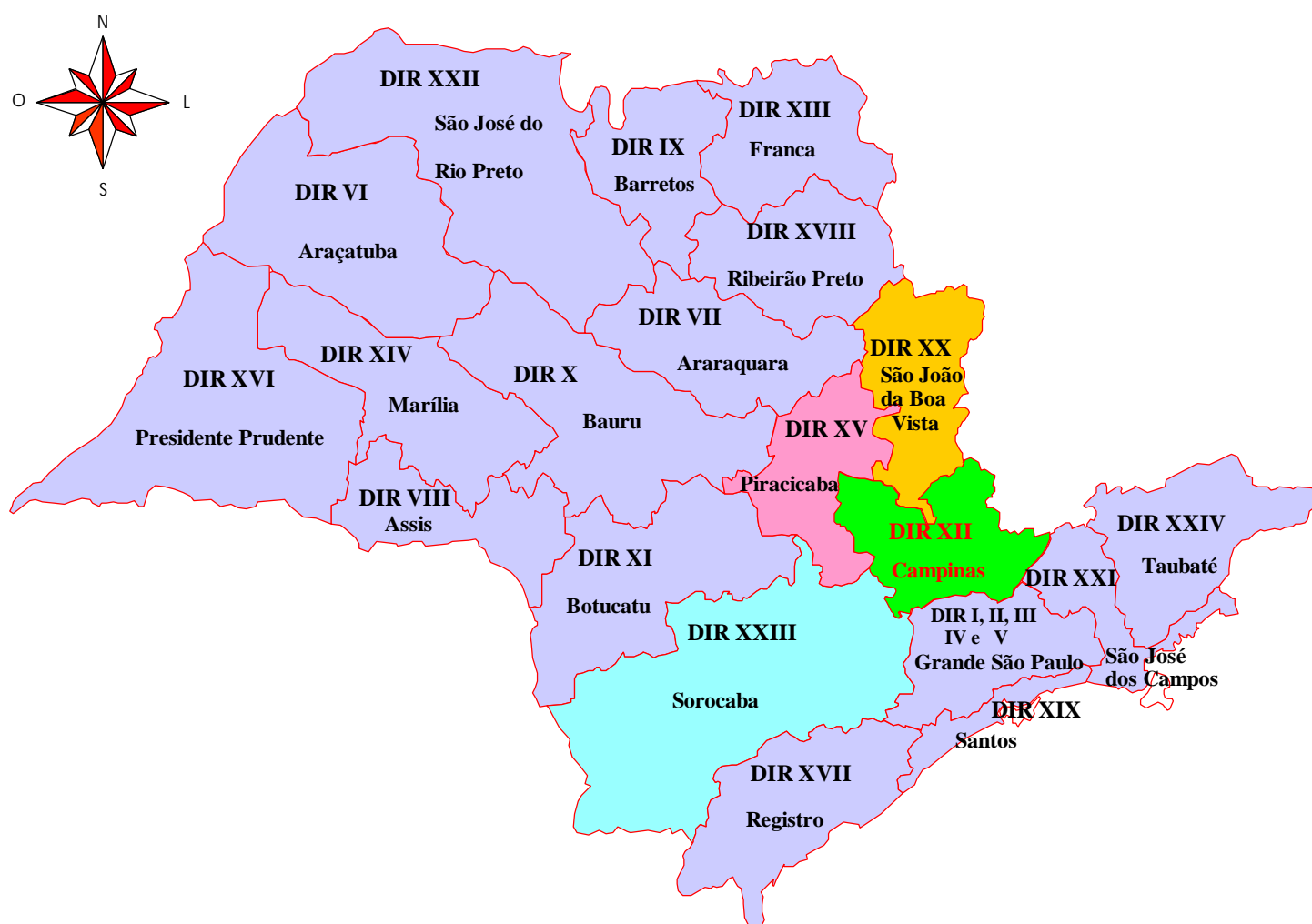


Figura 3 ? Distribuição das Divisões Regionais de Saúde no Estado de São Paulo

O Hospital das Clínicas é hoje um centro de referência de atendimento à saúde de alta complexidade para cerca de cinco milhões de habitantes dos municípios do Estado de São Paulo, principalmente para as três regionais de saúde deste Estado. Estas regionais são a DIR XII, região de Campinas composta por 38 municípios; a DIR XV, região de Piracicaba que engloba 25 municípios e, a DIR XX, região de São João da Boa Vista,¹⁷²

¹⁷² BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas, *Indicadores HC*. nº 01, jan. / fev. / mar de 2000.

que envolve outros 25 municípios. Além deste 88 municípios,¹⁷³ atende também vários municípios da região sul do estado de Minas Gerais e outros estados da Federação.

No registro do diário apresentado a estudante está confrontando as prescrições do Sistema de Saúde com as atividades de trabalho que realiza e apreende que há diferenças entre o que foi prescrito pelo modelo e o que ocorre na prática. As prescrições do SUS determinam que o atendimento se dê de modo hierarquizado e regionalizado. Logo caberia ao Hospital das Clínicas o atendimento às DIRs mais próximas, e para as regiões mais distantes do Estado haveria a definição de outros hospitais regionais para atendê-las. Todavia o dia a dia revela para a estudante que “*na teoria o Hospital das Clínicas limita-se a atender somente pacientes que residem na DIR 12, mas na prática o HC atende a todos [os DIRs].*”

O fato do hospital ser uma instituição de caráter regional constitui-se um desafio a mais para o processo de formação da estudante pois demanda a necessidade de conhecer, minimamente, a estrutura de poder, o porte das cidades da região e o tempo de deslocamento entre estes municípios. Compromissos precisam se estabelecer com as famílias dos doentes, com os serviços municipais governamentais e não governamentais e para a realização destas gestões de situação a experiência é fundamental para estabelecer relações sinérgicas.¹⁷⁴

Para esse atendimento o HC?UNICAMP possui uma área construída de 65.000 metros quadrados distribuídos em seis pavimentos. Sua arquitetura é composta por seis blocos especificados na figura 4 como blocos A, B, C, D, E e F que são interligados entre si. A Enfermaria conta com quatrocentos e três leitos para as internações tanto clínicas como cirúrgicas.

¹⁷³ Cf. HC INFORMA, n° 5, março/ abril de 1999, p.7.

¹⁷⁴ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 23.

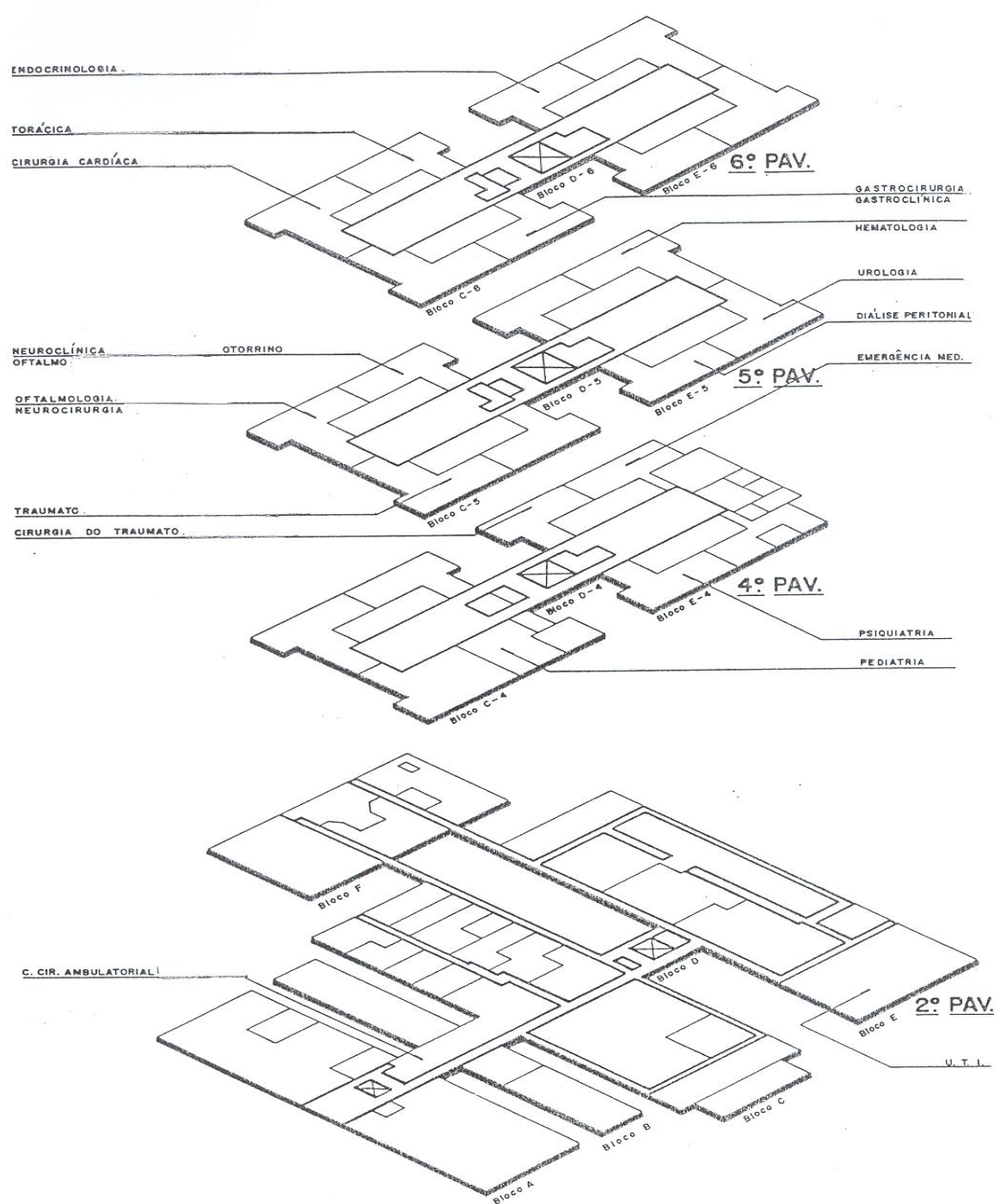


Figura 4 – Croqui do Hospital das Clínicas da UNICAMP para auxiliar na visualização da área de atendimento que está sob a responsabilidade da equipe do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias que responde pelo atendimento aos doentes internados nos quatrocentos e três leitos distribuídos no quarto, quinto e sexto pavimentos, distribuídos em 24 postos de enfermarias. Extraído do Relatório de Atividade de maio? 1988 a maio? 1991? HC?UNICAMP

A Unidade de Internação é também denominada de Núcleo Administrativo das Enfermarias ? bloco C da figura 4 ? e tem capacidade física para quatrocentos e vinte leitos sendo que, desde 1994, estão em funcionamento quatrocentos e três leitos, disponíveis para as internações tanto clínicas, como cirúrgicas e psiquiátricas, sendo que deste total de leitos, trinta são destinados à Unidade de Terapia Intensiva adulta e pediátrica. A equipe do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias também responde pelo atendimento social da Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Coronariana e Unidade Pós Operatória ? bloco E da figura 4 ? que se situam no segundo pavimento, em área distante do Núcleo das Enfermarias.

“Nesse dia, conhecemos as enfermarias onde realizaremos o trabalho e tivemos contato com nossa supervisora. (...) A enfermaria abrange o 4º, 5º e 6º andares do Hospital de Clínicas e a UTI localizada no 2º andar. ”

(Diário de Campo da 2ª Estudante? estagiária)

No início de todos os diários de campo das estudantes aparece como uma das primeiras preocupações a busca de entender e adentrar esse meio novo e ser capaz de apreender a diversidade/complexidade da qual se reveste esta área de atendimento. Isto significa conhecer as especificidades de cada enfermaria, as regras vigentes e as particularidades das disciplinas. Isto aponta para um primeiro desafio que consiste em aprender onde cada especialidade se situa no espaço do Núcleo das Enfermarias. (vide na figura 5 a foto da área interna das enfermarias).

“O trabalho iniciou-se com o conhecimento institucional, que foi de grande importância para saber o caminho a ser percorrido dentro das normas de rotina de Serviço Social, aprender a trabalhar com o sistema “on line”, o qual facilita o trabalho, na identificação de pacientes, na rotatividade deste, na localização de endereço e muitos outros fatores que auxiliam para que maior tempo seja dedicado ao paciente.”

(Diário de Campo da 3ª Estudante – estagiária ? grifos nossos)

Na expressão “saber o caminho a ser percorrido dentro das normas” uma alusão a um caminho mais amplo do que o saber caminhar pelos amplos corredores dos 2º, 4º, 5º e 6º pavimentos. Por isso acrescenta também o “aprender a trabalhar com o sistema on-line” e demonstra o valor deste para a lógica mercantil que sustenta financeiramente o hospital revelado pela expressão “facilita o trabalho” e auxilia na “rotatividade deste” mas finaliza o relato do registro no diário com a intenção que funda esse seu empenho em buscar o que

ela no início denomina de “*conhecimento institucional*” ao concluir que tudo isto é feito para permitir que “*maior tempo seja dedicado ao paciente.*”

Nas discussões que as estudantes registram nos diários revelam uma contínua preocupação com o entendimento do conjunto do atendimento da área de internação. Procuram com isto compreender as diversas interfaces entre o geral e o particular, entre o passado e o presente. Fazemos uma breve contextualização da dinâmica interna da área de internação desde 1988 baseada nos registros que efetuaram nos seus diários de campo.

“Em 1988, com a finalidade de agilizar e ampliar seu atendimento à população, implantou-se o “Plano Diretor de Sistema de Informatização”, desencadeando a viabilização do processo de desburocratização dos serviços.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante ? estagiária)

Essa etapa do processo histórico do HC-UNICAMP se apresenta no registro da estudante que narra um período importante no processo de constituição da modernização da estrutura administrativa e no uso de tecnologia de informática.

No período de 1988?91, ocorreu uma modificação intensa nas instâncias administrativas do HC?UNICAMP em função do processo de organização e descentralização pelo qual passava a Universidade, o que significou a criação de três instâncias¹⁷⁵ ligadas à Superintendência: a Coordenadoria de Assistência, a Coordenadoria de Recursos Humanos e a Subprocuradoria Jurídica.¹⁷⁶

Segundo o relatório de atividades da Superintendência deste triênio a Administração do Hospital e a Administração Central da Unicamp preocupadas em organizar e descentralizar os procedimentos administrativos desta área, devido as suas dimensões e especificidades contrataram uma empresa de consultoria especializada para promover amplo levantamento nas áreas administrativas de recursos humanos e assistencial do Hospital das Clínicas, buscando realizar um diagnóstico e criar alternativa que contemplasse as necessidades de expansão dos leitos, funcionamento pleno das áreas cirúrgicas, integração do hospital ao Sistema de Saúde do Estado e a recuperação da infraestrutura com reformas necessárias em algumas áreas do hospital.¹⁷⁷

¹⁷⁵ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Reitoria da Universidade. *Relatório do Quatriênio Abril – 1986 a abril – 1990*, p. 126.

¹⁷⁶ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas. *Relatório de Atividades de maio? 1988 a maio? 1991*.

¹⁷⁷ *Ibid.*



Figura 5 – Foto da área interna do quarto, quinto e sexto pavimentos do Núcleo das Enfermarias do Hospital das Clínicas da UNICAMP ? Acervo da Faculdade de Ciências Médicas ? FCM/ UNICAMP

Elaborou-se um Plano de Desenvolvimento Operacional (P.D.O.) que se efetivou a partir “*de entrevistas com servidores desde a superintendência até o nível de seção visando delimitar e fixar as responsabilidades, atribuindo-as racionalmente aos diferentes órgãos do Hospital e tornando clara as relações entre estes.*”¹⁷⁸ O P.D.O. redefiniu a estrutura administrativa e produziu alterações no organograma do HC que passou a ser composto por: Superintendência e suas Assessorias de Equipamentos, de Informática, de Relações Públicas e Assessoria Técnica; a Subprocuradoria Jurídica, a Diretoria Clínica, os Núcleos Administrativos, a Coordenadoria de Recursos Humanos, a Coordenadoria de Assistência e de Administração.¹⁷⁹

Objetivou-se realizar uma efetiva descentralização administrativa¹⁸⁰ com a criação dos Núcleos Administrativos nas grandes áreas assistenciais. Os núcleos criados foram: Centro Cirúrgico, Ambulatório de Primeiro Atendimento, Procedimentos Especializados, Ambulatórios Especializados, Pronto Socorro, Terapia Intensiva, Núcleo Clínico Cirúrgico das Enfermarias.¹⁸¹

O Plano Diretor de Sistemas de Informatização (P.D.S.I.) elaborado propôs um plano estratégico de organização do hospital buscando “*obter uma visão ampla e integrada das necessidades gerenciais da informação da Unidade.*”¹⁸² Nesse período, foram dadas as bases para o desenvolvimento da informatização do HC?UNICAMP. Em 1988, foi criado o Serviço de Contas e Convênios, com o objetivo de cuidar do faturamento do convênio com o SUDs. Foi criada também uma Comissão de Médicos para implantar rotinas administrativas, buscando o preenchimento correto de toda documentação exigida pelo INAMPS para a cobrança de todas as consultas e procedimentos realizados no hospital. Conforme assinala o Relatório de Atividades da gestão de maio/88 a maio/91, “*inicialmente o sistema de cobrança foi implantado através de rede de microcomputadores e atualmente devido às modificações introduzidas pelo Ministério de Saúde, a nova*

¹⁷⁸ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas. *Relatório de Atividades de maio? 1988 a maio? 1991.*

¹⁷⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰ *Ibid.*, *passim.*

¹⁸¹ É a partir deste período que passa a existir na administração o conceito de núcleo.

¹⁸² *Ibid.*

sistemática de cobrança está sendo processada pelo computador de grande porte (IBM), instalado no HC.”¹⁸³

O que se percebe é que além do crescimento dos serviços, o hospital vivia um momento de intensa busca de recursos para o seu custeio em função da tensão da lógica mercantil que baseia o financiamento na quantidade de atendimentos realizados. Na expressão prestação de serviços freqüente nos documentos ministeriais e da administração se explicita o caráter mercantil expresso através da forma de financiamento da saúde, em função do custeio estar pautado na produtividade.

No relatório do biênio 1990/1992 da reitoria da Unicamp é assinalado que *“seja em função de novos serviços implantados no período, seja em decorrência da pressão da demanda de pacientes dos últimos dois anos, como consequência do colapso do sistema de saúde como um todo - o complexo de atendimento da Unicamp mostrou um desempenho ascendente no biênio 1990-91.*”¹⁸⁴

A Superintendência em relatório do triênio 1991/94 definiu o período como sendo de crise no setor público social e na saúde.

“Importante lembrar que durante todo período, o país passou por uma profunda crise política e econômica, gerando particularmente, no setor público social e em especial na Saúde danos e distúrbios extremamente graves. As dificuldades de financiamento do setor por várias vezes mencionada e analisada por nós, foram imensas, determinando picos de crise com fechamento de serviços público e privados da região do estado e do país. O caos ocasionado pelo não direcionamento de recursos aos setores primários e secundários da rede de serviços, trouxe as portas do HC uma massa imensa de pessoas que depositaram nesta Instituição, sua última esperança de atenção aos seus problemas. Os dados de atendimento do Pronto Socorro que demonstram crescimento anual, apontam para essa distorção do Sistema. Para fazer frente a essa situação, tivemos que utilizar todo nosso empenho, esforço criatividade, racionalidade no sentido de manter o hospital funcionando a todo vapor, sem restrição de atendimento em nenhum nível e buscando no plano externo, formas de intervenção e parcerias capazes de melhorar o quadro de saúde loco regional no plano assistencial.”¹⁸⁵

O “colapso do sistema de saúde” referido pela reitoria em seu relatório do biênio e o “caos ocasionado pelo não direcionamento de recursos aos setores primários e

¹⁸³ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas. *Relatório de Atividades de maio? 1988 a maio? 1991.*

¹⁸⁴ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Reitoria. *Relatório do biênio abril?1990 a abril?1992*, p. 57.

¹⁸⁵ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas, *Relatório de Gestão maio?1991 a maio?1994*, p.7.

secundários da rede de serviços, trouxe as portas do HC uma massa imensa de pessoas que depositaram nesta Instituição, sua última esperança de atenção aos seus problemas” foram aspectos também apreendidos pela 2ª estudante que estagiava nesta época que ao visitar o pronto socorro documenta em seu diário de campo:

“O Pronto Socorro é o verdadeiro retrato do caos que se encontra a saúde pública hoje: pacientes são atendidos no corredor e muitos permanecem durante dez ou quinze dias nos corredores, por falta de leitos nas Enfermarias.”

(Diário de Campo da 2ª estudante – estagiaria ? grifos nossos)

Nesse período um dos grande desafios foi implantar o projeto de regionalização e hierarquização das ações de saúde em desenvolvimento na região e para tanto buscou-se estabelecer um trabalho conjunto com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Secretaria Municipal de Campinas e os Escritórios Regionais de Saúde da região – que segundo relatório da superintendência ? *“representam a concretização de uma proposta de ação externa fundamental para que nosso Hospital atinja de forma mais rápida seus objetivos, sua missão.”* ¹⁸⁶

A missão a que a Superintendência se refere foi estabelecida no documento que definiu o Planejamento Estratégico do Hospital:

“Ser um hospital de referência e excelência, prestando assistência complexa e hierarquizada, formando e qualificando recursos humanos, produzindo conhecimento, atuando no Sistema de Saúde e valorizando os princípios de humanização com racionalização de recursos e otimização de resultados.” ¹⁸⁷

O caráter interdependente do sistema de saúde exigiu que a política de saúde fosse a resultante de uma série de compromissos estabelecidos, e estes se deram ao longo do período. Nessa etapa, conforme já salientamos, a criação do Ambulatório de Primeiro Atendimento (APA) se constituiu numa necessidade que foi colocada em prática visando, exatamente, o estabelecimento da hierarquização no plano assistencial, que buscava contribuir para que os serviços de saúde da região desempenhassem o seu papel no sistema e que permitisse ao HC funcionar de modo compatível com um nível de complexidade maior. ¹⁸⁸

“A existência de recursos e serviços em diversas regiões do território brasileiro agrava a problemática institucional, uma vez que, esta tem que garantir o direito do

¹⁸⁶ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas, *Relatório de gestão maio?1991 a maio?1994*, p.7.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 1.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 8.

cidadão à saúde, desta forma busca-se organizar parcerias [com] municípios demandatários para viabilizar o acesso da população e assim garantir qualidade dos serviços prestados.”

(Diário de Campo da 2ª estudante? estagiária – grifos nossos)

Outra necessidade nesse período de amplo crescimento de demanda, foi a implementação do sistema informatizado do hospital nas várias áreas de atendimento, o que contribuiu, de maneira fundamental, para um melhor desempenho nas atividades administrativas e assistenciais do hospital. O Núcleo de Informática do Hospital das Clínicas (NIHC) foi criado em 1991, ligado diretamente à Superintendência tornou-se o responsável por promover o desenvolvimento organizacional do hospital através da informatização de seus procedimentos administrativos e assistenciais, por entender ser

“(...) a informação o único recurso de integração administrativa de uma instituição, cabe também ao NIHC a responsabilidade de suportar o processo decisório do HC, viabilizando as informações que lhe forem necessárias, garantindo integridade, suficiência e agilidade a essas informações.”¹⁸⁹

A Superintendência, nesse período, tinha por objetivo fazer a política de informatização *“tornar-se um processo irreversível, partindo prioritariamente de sistemas multidisciplinares, de caráter corporativo, enfocando as áreas de atendimento ao paciente, administrativo ? operacional e gerencial.”¹⁹⁰*

As diretrizes da política de informática eram:

“Desenvolver aplicações voltadas à assistência, sem a rigidez das aplicações comerciais, preservando a realidade do HC como hospital de assistência, ensino e pesquisa, (...) desenvolver aplicações que apoiem a administração do hospital através de informações gerenciais, agilizando a comunicação entre as áreas facilitando as tomadas de decisão.”¹⁹¹

Apreende-se que houve uma centralidade no uso da informática na administração e na assistência no hospital e que, gradativamente, foi sendo redimensionado o uso da documentação e se delineando um novo processo de trabalho em todo o hospital.

O Serviço Social também passou a se utilizar desta tecnologia de informática pois, de fato, em pouco tempo ela tornou-se, predominante. Todavia no momento não discutiremos esta questão pois ela será objeto de discussão quando da análise do processo de trabalho do Serviço Social.

¹⁸⁹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas, *Relatório de gestão maio?1991 a maio?1994*, p.10?11.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 11.

¹⁹¹ *Ibid.*, p. 11.

No ano de 1995, a necessidade de ampliação da cobertura do atendimento do Pronto Socorro aparecia como demanda urgente não apenas nos relatórios oficiais da Superintendência e Reitoria, mas era também apontado por uma estudante como uma necessidade. No diário de campo de uma estudante dessa época o registro deste período assim aparece:

“PS [Pronto Socorro] 24 horas 13/03/1995

“A partir do dia 13 de março, o serviço social terá seu plantão ampliado para 24 horas e terá como objetivos:

Atender a demanda, contribuir para a humanização do atendimento hospitalar e planejar com antecedência as medidas necessárias como alojamento, transporte, auxílio financeiro e investigação de casos sociais (sem endereço, sem família, etc.), dar continuidade a programas, orientações quanto aos direitos sociais, providenciar recursos necessários para agilizar a alta hospitalar.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante? estagiária)

No relatório de gestão 1994-97 ? início do período desta pesquisa ? a superintendência assim descreve o período:

“Esta gestão foi um trecho percorrido na história da instituição que, no espaço de uma década, passou de um hospital de ensino para um centro de referência regional e nacional, exemplo do que é possível conseguir quando se trabalha honesta e arduamente e existe uma consciência coletiva sobre o destino que se deseja.”¹⁹²

A administração do hospital enfrentou graves problemas, quer seja em relação à fontes de custeio decorrentes do congelamento dos valores da tabela de pagamento do SUS (fixada em julho/1994) quer seja quanto a redução de cerca de 10% da receita orçamentária destinada ao custeio. A tabela SUS sofreu um aumento de 25% a partir de julho de 1995, todavia o pagamento efetivo da diferença foi feito de maneira irregular ao longo do período.¹⁹³ Essa situação adversa levou a implantação de medidas de redução e racionalização de custos.

Nessa época a constante saída de trabalhadores foi referida como o maior problema da administração do hospital. A alta rotatividade dos profissionais, acabou acarretando redução do número de trabalhadores, de modo constante, o que implicou no aumento do número de horas extras. Essa redução de número de trabalhadores, as dificuldades de contratação por parte da burocracia do funcionalismo público, os baixos salários e as

¹⁹² UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Superintendência do Hospital das Clínicas: *Relatório da gestão de maio?94 a maio?97*, p.1.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 3-4.

freqüentes, substituições geravam problemas de capacitação pessoal, exigindo uma grande e constante atividade de treinamento.¹⁹⁴

Há que se considerar que a busca de racionalização para viabilizar a questão do financiamento e das dificuldades de custeio, associada a ampliação freqüente da demanda e aliada a uma remuneração “*de pequenos atrativos oferecido pela questão salarial*” são fatores suficientemente fortes para dimensionar os tipos de dificuldades vividos “[n]esse trecho percorrido na história da instituição”. Forma pela qual se refere a Superintendência, na introdução do relatório da gestão.¹⁹⁵

Se pensarmos nas infidelidades do meio presentes nesta etapa de modificações intensas de dispositivos de controle, de comunicação e de gestão numa área tão complexa e peculiar com a saúde, veremos que há necessidade de considerar o processo concreto que se instaurou com a introdução dessa nova tecnologia, a informática.

*“A racionalização cessa então de aparecer como um absoluto técnico. É preciso recolocá-la para dela compreender o sentido, no seu meio histórico, sua estrutura social. Para ser claro, a racionalização não pode ser compreendida somente como meio para obter dado fim. Ora, os fins de uma sociedade econômica não estão inscritos na natureza das coisas e nem na natureza dos homens. (...) Mas no sentido de uma mudança, os fins de uma empresa podem ser múltiplos e incompatíveis. Compromissos são possíveis mas necessariamente precários que mascaram o conflito sem resolvê-lo. Não há portanto, uma racionalização, mas racionalizações. Entre o maximum de rendimento e de lucro e o optimum do desabrochamento das potencialidades humanas, onde quer que apareçam, é preciso, em dado momento escolher.”*¹⁹⁶

A racionalização proposta pautada na informática apresenta um limite claro porque centrada na lógica de mercado preocupa-se em revelar índices, documentos gerenciais, mas perde de vista uma organização interna criativa que poderia ter sido potencializada. Não resta dúvida que esta etapa de organização apresentou o seu valor, mas deixou de revelar o “*optimum do desabrochamento das potencialidades humanas.*”

“Ora, esse processo é conduzido a partir de uma representação do trabalho humano muito redutora da complexidade real da atividade de trabalho. Mais precisamente, as tecnologias são concebidas a partir da tarefa, isto é, de objetivos expressos sob a forma de resultados antecipados, a serem atingidos em condições econômicas, materiais e organizacionais determinadas. Na verdade a atividade

¹⁹⁴ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Superintendência do Hospital das Clínicas: *Relatório da gestão de maio?94 a maio?97*, p. 14-15.

¹⁹⁵ *Ibid.*, p.1.

¹⁹⁶ Georges CANGUILHEM, *Meio e normas do homem no trabalho*, p. 8.

*concreta dos operadores que realizarão esta tarefa está quase totalmente ausente de sua definição.”*¹⁹⁷

A escolha dos caminhos não se encontra nas mãos de gestores particulares, acreditamos que somente quando a geração de tecnologia se basear na percepção de que o trabalho não é somente execução, mas uso de si, as racionalizações¹⁹⁸ propostas se basearão na complexidade e na riqueza do trabalho e não na simplificação de tarefas. Esperamos que algum dia a política de saúde seja capaz de propor uma lógica mais compatível com a vida e com o humano uma vez que nem sempre a lógica mercantil é capaz de revelar o sentido e o valor da vida.

1.3. Estágio supervisionado: norma antecedente e espaço de formação

O Serviço Social é uma profissão de nível superior, que apresenta um caráter interventivo e teve seu curso regulamentado no Brasil, em 1953, através da Lei nº 1889.¹⁹⁹

*“Parágrafo único ? As aulas de serviço social deverão atingir um quarto no mínimo do total das aulas e as Escolas de Serviço Social deverão organizar seus programas, atendendo a que no primeiro ano haja predominância da parte teórica, no segundo ano seja observado o equilíbrio entre a parte teórica e prática e no terceiro ano haja predominância da parte prática.”*²⁰⁰

No artigo quarto definiu o caráter obrigatório do ensino teórico, prático, os estágios supervisionados e a realização do trabalho de final de curso de exclusiva autoria do estudante.

*“Artigo 17 ? o aluno que houver sido aprovado em todas as disciplinas, nos estágios e em trabalho final de curso, de sua exclusiva autoria, terá direito ao diploma de assistente social.”*²⁰¹

O artigo oitavo definia em relação à prática que o curso de Serviço Social compreendia os conhecimentos de recursos da comunidade, através de visitas, pesquisas, e

¹⁹⁷ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego e desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional*, p. 129.

¹⁹⁸ Georges CANGUILHEM, *op. cit.*, p. 8.

¹⁹⁹ LEI nº 1889, de 13 de junho de 1953 que dispôs sobre os objetivos do ensino em Serviço Social, sua estruturação e as prerrogativas dos portadores de diploma de assistentes sociais e agentes sociais.

²⁰⁰ LEI nº 1889, *op. cit.*

²⁰¹ *Ibid.*

outros meios adequados e de estágios supervisionados que teriam a programação aprovadas pelo Conselho Técnico – Administrativo.²⁰²

A profissão de assistente social foi regulamentada, conforme já salientamos, pela Lei nº 3252/57 a qual dispôs sobre as atribuições do assistente social e dentre outras atribuições incluiu a supervisão de profissionais e alunos.²⁰³

O Conselho Federal de Educação através do Parecer nº 342²⁰⁴, em 1970 instituiu o currículo mínimo do curso com duração de quatro anos. Estabeleceu no artigo 7º que à teoria do Serviço Social cabe uma dupla função: “*de recolher das diversas ciências sociais do ciclo básico uma visão integrada com vistas a ação social*” e a “*de ligar a ordem teórica à ordem prática.*” A lei 8.662/93²⁰⁵ regulamentou o exercício da profissão de assistente social e definiu no artigo 3º como habilitado para o exercício da profissão os portadores de diplomas dos cursos regulamentados nas formas desta lei.

*“Na maioria dos cursos de Serviço Social, até então [1984] vigorou a resolução de 1970. O artigo 1º, parágrafo 2º desta resolução [do CFE] preconiza que ‘haverá um estágio supervisionado obrigatório com a duração de, no mínimo dez por cento de duração do curso, tempo esse que não se computará na carga horária mínima do curso’; o artigo 2º diz que a duração mínima do curso será de 2700 horas. Portanto o mínimo de carga horária de estágio é de 270 horas.”*²⁰⁶

No Código de Ética Profissional datado de 1975²⁰⁷ não havia nenhuma menção específica em relação ao estágio. Julgamos procedente ao discutirmos as modificações no arcabouço jurídico da profissão, buscar na conjuntura de época os sentidos para explicar a preocupação com normatização do estágio no sentido estrito de proibir certas práticas que vinham ocorrendo no âmbito da profissão.

“Hoje [1984], o assistente social normalmente não encontra condições satisfatórias ao exercício da supervisão, quer por acúmulo de trabalho, quer por falta de técnicos, quer por ausência de um política de estágio na instituição, quer por falta de condições financeiras para se reciclar, quer por falta de respaldo das faculdades, quer até por falta de empenho próprio. Essa situação agravou-se consideravelmente com a crise econômica pela qual passa o país, que, paulatinamente vem diminuindo

²⁰² Balbina O. VIEIRA, *História do Serviço Social: contribuição para a construção de sua teoria*, p. 217.

²⁰³ Marta A. BURIOLLA, *O Estágio supervisionado*, p. 14.

²⁰⁴ PARECER nº 342, 13 de março de 1970, que fixou o currículo mínimo e a duração dos cursos de Serviço Social.

²⁰⁵ LEI nº 8.662/93, de 07/06/93, lei que regulamentou a profissão de Assistente Social publicada no Diário Oficial da União de 08/06/1993.

²⁰⁶ Marta A.F. BURIOLLA, *Estágio supervisionado*, p. 15. (grifos nossos)

²⁰⁷ CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS, Código de Ética Profissional do Assistente Social, 30 de janeiro de 1975.

as condições de empregos e trabalhos aos nossos profissionais e introduzindo a política de substituição do quadro de assistentes sociais por estagiários. São evidentes as vantagens financeiras daí decorrentes para a Instituição, mesmo com prejuízo da qualidade e continuidade do serviço prestado à população. Esse aspecto fica relegado a segundo plano, interessando a quantidade de atendimento e sua agilização, em detrimento da sua qualidade, como resposta institucional ao processo crescente de pauperização da população.”²⁰⁸

O Código de Ética do Assistente Social²⁰⁹, somente foi aprovado nove anos depois do texto que acabamos de discutir. No artigo 4º, ao definir como sendo vedado ao profissional “compactuar com exercício ilegal da profissão, inclusive nos casos de estagiários que exercem atribuições específicas, em substituição aos profissionais” e ao proibir “permitir ou exercer a supervisão de aluno de Serviço Social em Instituições Públicas ou Privadas que não tenham em seu quadro assistente social que realize acompanhamento direto ao aluno estagiário”, o código de ética tentou enfrentar essa tendência de substituição de profissionais, e o fez tendo em vista um duplo sentido: de um lado, visou demarcar a discordância com essa prática, sob o ponto de vista dos valores que norteiam o código de ética no âmbito da profissão, ao mesmo tempo que criou um instrumento para tentar controlar essa tendência histórica que tem se delineado. Foge ao nosso objetivo avaliar em que medida foi possível conter essa tendência, porém julgamos oportuno apresentar, mesmo que sucintamente, tal discussão por entendê-la fundamental no âmbito da discussão da formação, posto que se não ponderada a política de estágio pode se constituir, numa possibilidade de substituição do profissional.

Nesta questão existem aspectos contraditórios de difícil equacionamento porque, no que tange a formação profissional, não se pode abrir mão da exigência do estágio como obrigatoriedade para a formação do estudante. Por outro lado, as leis de mercado, ou seja a lógica que permeia a organização das instituições pautada nos critérios quantitativos regidos pelos valores mercantis, baseada na lógica do lucro, entendendo o salário como custo²¹⁰, se apropria desta característica da exigência de formação em benefício da política

²⁰⁸ Laisa R. D. C. TOLEDO, Considerações sobre a supervisão em Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, V (15) : 69. (grifos nossos)

²⁰⁹ CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. Resolução nº 273, de 13 de março de 1993.

²¹⁰ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego e desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional*, p. 130

de contenção de gastos através do barateamento dos custos obtido com a contratação de estagiário.

Em última instância torna-se oportuno lembrar que esta característica de substituição do profissional que delineava uma tendência na época, não se constituiu numa especificidade do Serviço Social, pelo contrário, trata-se de uma característica marcante no conjunto das profissões/ocupações no Brasil dado o caráter de (des)regulamentação e crise de emprego que tem marcado a sociedade atual.

Nesta época foi regulamentada Lei Federal nº 6497/77²¹¹ que definia as regras de contratação de estudantes para o conjunto das profissões de ensino superior e do ensino profissionalizante de segundo grau e supletivo. Esta lei foi regulamentada pelo decreto nº 497/82, de 18 de agosto de 1982. Neste decreto o estágio curricular é assim conceituado.

*“Considera-se estágio curricular, para efeitos deste Decreto, as atividades de aprendizagem social, profissional, cultural, proporcionados ao estudante pela participação em situações reais de vida e de trabalho em seu meio, sendo realizada na comunidade em geral, ou junto às pessoas jurídicas de direito público ou privado, sob a responsabilidade e coordenação da Instituição de ensino.”*²¹²

Observa-se que há uma preocupação em delimitar como característica indispensável para que o estágio seja curricular que ele responda a dois quesitos: primeiro que apresente caráter educativo, no texto salientado pela expressão “*as atividades de aprendizagem social, profissional, cultural*” e, segundo que ele propicie ao estudante condições de “*participar em situações reais de vida e de trabalho em seu meio.*” Na definição de como deve ser “*esse meio*” propício para o ensino se acrescentam mais duas características que se constituem como exigências na lei:

*“Artigo 1º ? O Estágio somente poderá verificar-se em unidades que tenham condições de propiciar experiência prática na linha de formação, devendo, o estudante, para esse fim, estar em condição de estagiar, segundo disposto na regulamentação da presente lei.”*²¹³

“Parágrafo 2º ? Os estágios devem propiciar a complementação do ensino e da aprendizagem a serem planejados, executados, acompanhados e avaliados em conformidade com os currículos, programas e calendários escolares a fim de se

²¹¹ LEI 6494/77, de 07 de dezembro de 1977 – dispõe sobre o estágio de estudantes de ensino superior e do ensino profissionalizante de segundo grau e supletivo.

²¹² LEI 6494/77, *op. cit.*

²¹³ LEI 6494/77, *op. cit.*

*constituírem em instrumentos de integração, em termos de treinamento prático, de aperfeiçoamento técnico-cultural, científico.”*²¹⁴

Essa legislação federal fundamenta, até a presente data, a contratação dos estagiários. Nos contratos formalizados entre as unidades de ensino e as instituições campo de estágio consta o artigo 4º da lei 6494/77.

*“O estágio não cria vínculo empregatício de qualquer natureza e o estagiário poderá receber bolsa, ou outra forma de contraprestação de serviços que venha a ser acordada, ressaltando o que dispuser a legislação previdenciária.”*²¹⁵

Na Universidade Estadual de Campinas, somente em setembro de 1990, foi assinada pelo reitor Carlos Vogt, a portaria nº GR 187/90 que dispôs sobre a admissão de estagiário bolsista na UNICAMP.

*Artigo 1º ? A Universidade Estadual de Campinas poderá admitir como “Estagiários? Bolsistas”, alunos matriculados em cursos de Segundo Grau de escolas técnicas ou de nível superior, bem como aqueles que já tenham concluído os respectivos cursos, objetivando o aperfeiçoamento e prática de atividades diretamente vinculadas ao curso e sua extensão”.*²¹⁶

A preocupação com as “situações reais de vida e de trabalho em seu meio”, referidas no Decreto Federal, discutido anteriormente, está presente nessa portaria do reitor, à medida que exige que o estágio seja capaz de “aperfeiçoar e propiciar condição para prática de atividades diretamente vinculadas ao curso e sua extensão.”

*“Artigo 5º ? Os Estágios serão sempre supervisionados por pessoa devidamente credenciada pelo Reitor, devendo para este fim ser apresentada por parte do ‘Estagiário? Bolsista’, relatório das atividades desenvolvidas no semestre anterior.”*²¹⁷

A preocupação com a questão da formação profissional no estágio, está presente, nesta portaria e, aparece no texto, marcada pela presença do advérbio de tempo, “sempre” acrescentado ao termo “supervisionado por pessoa devidamente credenciada pelo Reitor”. Isto demanda que do supervisor será cobrado, pela Universidade, a responsabilidade pelo acompanhamento das atividades de trabalho do estudante. E na exigência do “relatório das atividades desenvolvidas no semestre anterior” o estabelecimento de um instrumento formal de comprovação e validação do espaço de formação/ensino criado.

²¹⁴ LEI 6494/77, *op. cit.*

²¹⁵ *Ibid.*

²¹⁶ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Portaria GR 187/90, 18 de setembro de 1990, dispôs sobre a admissão de estagiário?bolsista na UNICAMP. (grifos nossos)

²¹⁷ *Ibid.* (grifos nossos)

O artigo sexto definiu-se que a jornada de atividade dos Estagiários?bolsistas seria de vinte horas semanais e, no artigo oitavo, estabeleceu que cancelar-se-ia a bolsa do estagiário que tivesse faltado ao estágio, injustificadamente, por mais de vinte dias consecutivos ou trinta dias interpolados durante um semestre civil e, no nono, explicita a exigência legal de que o estagiário?bolsista tenha um seguro de acidentes pessoais.

O Hospital das Clínicas da UNICAMP é uma unidade ligada à reitoria e se constituiu, nas três últimas décadas do século XX, como um centro de referência regional para o tratamento da saúde. O regimento da Universidade, conforme já salientado, estabeleceu como funções do Hospital:

“I - servir como campo para a formação de profissionais em ciências médicas e correlatas;

II - servir de campo para aperfeiçoamento de médicos, técnicos e de alunos, possibilitando a realização de pesquisas, estágios e cursos de pós graduação;

III - colaborar e contribuir para a educação médico sanitária da população;

IV - funcionar ligado ao sistema de saúde da comunidade, prestando assistência médico-hospitalar na forma de seu regimento.”²¹⁸

Apreende-se que desde a sua concepção a filosofia que instituiu o Hospital das Clínicas esteve voltada à assistência, ensino e pesquisa. Do ponto de vista legal o hospital situou-se na confluência entre a Reitoria, Faculdade Ciências Médicas e estabeleceu interfaces com os diversos municípios da região. Esta interface de serviço assistencial fica explicitado pela expressão *“prestando serviços médicos hospitalares à Comunidade.”*

“...[o HC é] um órgão diretamente subordinado à Reitoria e está associado à Faculdade de Ciências Médicas para fins de ensino, pesquisa e prestação de serviços médico hospitalares à Comunidade.”²¹⁹

Apesar, da reitoria ter regulamentado o estágio bolsista na Universidade, o Serviço Social do Hospital das Clínicas só veio a requerer o uso desta modalidade de financiamento em 1993, com vigência para 1994. Antes desta legislação as atividades de estágio que se desenvolviam no Serviço Social eram voluntárias. O campo de estágio sem remuneração na área de ambulatório teve início, em 1979, quando da implantação do Serviço Social dos Ambulatórios no Campus. Nos documentos da Diretoria do Serviço

²¹⁸ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS . *Regimento Geral da Unicamp*, p. 7. (grifos nossos)

²¹⁹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Portaria GR 062/86. Estrutura Administrativa do Hospital das Clínicas, p. 1.

Social, já se apontava para o fato de que havia “*uma demanda constante por estágio na área.*”²²⁰

As exigências de estágio curricular no âmbito da formação, de um lado, e, por outro lado, o crescimento significativo do campo de trabalho do Serviço Social na área da saúde tem se constituído num ampliado incentivo à procura de estágio. E neste sentido a disponibilidade de recursos do hospital se constitui atrativo para os estudantes de Serviço Social.

A área do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias ? epicentro de nossa pesquisa ? conforme já salientado, se tornou campo de estágio, e portanto *locus* de formação profissional, somente em 1995, ocasião em que se instituiu o estágio remunerado através de bolsa de estudo, às estudantes de terceiras e quartas séries de curso de Serviço Social da região de Campinas.

O estágio supervisionado se instituiu nesta área e se consolidou a partir da legitimidade desta modalidade de contrato no âmbito da Universidade. Teve como fundamento para sua efetivação objetivos voltados para assistência, ensino e pesquisa, em função de sua inserção no espaço do hospital universitário, mas, necessariamente, precisou buscar consonância com a política de saúde vigente, uma vez que o hospital está de fato e de direito, “*ligado ao sistema de saúde da comunidade, prestando assistência médico-hospitalar na forma de seu regimento.*”²²¹

O Serviço Social do Hospital das Clínicas apresentou projeto e obteve autorização para a concessão de bolsas FAEP em 1994, nesta época dispunha de duas bolsas. No ano seguinte passou a ter quatro bolsas; em 1996 atingiu oito bolsas, em 1997, diminui uma ficando com sete bolsas. No ano de 1997, além do Serviço Social, também as áreas de Farmácia e de Informática do hospital apresentaram projetos requerendo bolsas, tendo sido aprovadas respectivamente, duas e cinco bolsas. Somente no ano 1998 a área de Farmácia teve três bolsas. Desde o ano de 1999, houve uma estabilização do número de bolsas FAEP no hospital, ficando assim distribuídas entre as profissões: Serviço Social (10), Informática

²²⁰ DIRETORIA DO SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS, *Plano de estágio para alunos de Serviço Social para o Ano de 1996*, fev. 1996.

²²¹ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. *Regimento Geral da Unicamp*. (grifos nossos)

(5) e Farmácia (2). O Serviço Social do Núcleo das Enfermarias desde 1998, dispõe de três bolsas por ano.

O estágio supervisionado com concessão de bolsa no hospital depende para sua efetivação de aprovação da vaga pela Superintendência, pautada na validação do projeto e na disponibilidade de recursos da Unidade.

Após esta análise da legislação que legitimou e fundamentou o estagiário supervisionado no Brasil de um lado, que instituiu e regulamentou o estágio no curso de Serviço Social e definiu as bases do estágio acadêmico na UNICAMP podemos afirmar como Buriolla:

“Percebe-se que esta legislação existente sobre estágio, tanto geral quanto específica, confere na sua execução, um caráter de “proteção” e de formação prática ao aluno. Ou seja, intenciona-se um estágio que permita ao aluno o preparo efetivo para o agir profissional: a possibilidade de um campo de experiência, a vivência de uma situação social concreta supervisionada por um assistente social competente, que lhe permitirá uma revisão constante dessa vivência e o questionamento de seus conhecimentos, habilidades, visões de mundo, etc., podendo levá-lo a uma inserção crítica e criativa na área profissional e num contexto sócio - histórico mais amplo.”²²²

É oportuno considerar, como já afirmamos, que o estágio supervisionado é o estatuto legal que permitiu às estudantes estarem no hospital para realizarem atividades de trabalho e que, através da realização destas atividades deu-se a sua formação profissional.

O campo de estágio para ser reconhecido pela unidade de ensino de Serviço Social necessita da formalização de um contrato entre a supervisora de campo, a diretoria do Serviço Social do Hospital, a estudante e a diretora da unidade de ensino. Trata-se de documento elaborado pelo Departamento de Metodologia da Ação da unidade de ensino na qual o estudante realiza o curso, que dependendo da unidade de ensino, atribui um caráter pedagógico ou não, ao supervisor de campo. Fato que fica explicitado no contrato firmado entre as unidades de ensino e o Hospital das Clínicas, enquanto campo de estágio. Assim a delimitação do espaço conferido assistente social supervisor de campo varia conforme a unidade de ensino com a qual esteja o contrato sendo firmado:

“Cláusula 3^a: O processo de Supervisão e avaliação do aluno é de responsabilidade do professor/supervisor da Faculdade.”²²³

²²² Marta A. F. BURIOLLA, *O Estágio supervisionado*, p. 17.

²²³ Cf. documento denominado *Ajuste para Condições de Estágio firmado entre Faculdade de Serviço Social da região de Campinas e Serviço Social do Hospital das Clínicas*.

Enquanto para outra Faculdade da região, fica formalizado que:

*“Cláusula 4ª: O processo de supervisão e a avaliação do aluno é de responsabilidade do Assistente social da Instituição, sendo responsabilidade do Professor? Supervisor do Curso a orientação do TEC e TCC.”*²²⁴

Para o supervisor de campo se instituem dois compromissos diferentes para um mesmo profissional dependendo da unidade de ensino ora, apenas assistente social de campo para outra, supervisor e responsável pela avaliação do desempenho do estudante.

A breve apresentação da instituição da profissão e do curso de Serviço Social no Brasil e do arcabouço legal que o legitimou teve a intenção de contextualizar esta atividade de formação que se desenvolveu no hospital, mediante a explicitação de como se deu a constituição interna na Universidade Estadual de Campinas, enquanto *locus* de formação de profissionais de diversas áreas do saber. Ao analisarmos as normas antecedentes descritas nestas legislações o que se observa é que se busca prescrever o trabalho que se dá nos campos de estágio, uma vez que *“qualquer que seja o estatuto destas normas antecedentes em vários níveis de codificação(...) é impossível imaginar, a não ser caindo na regressão e no obscurantismo, qualquer trabalho em atos sem tais normas antecedentes”*²²⁵

1.4. Processo de trabalho do Serviço Social nas enfermarias

Analisaremos agora as questões envolvidas no cotidiano de trabalho do Serviço Social de Enfermaria neste processo de mudança e de implantação no Hospital das Clínicas no campus universitário. A exemplo da sistemática de ocupação gradual do espaço destinado às enfermarias pelas diversas especialidades médicas vindas da Santa Casa assim também deu-se de modo gradual a implantação do Serviço Social nas Enfermarias no Hospital das Clínicas.

“ (...) iniciou na Santa Casa de Campinas, sendo transferido para o HC, o qual segue as mesmas diretrizes da Instituição: assistência, ensino e pesquisa.”

(Diário de Campo da 7ª Estudante? estagiária)

²²⁴ Cf documento *Termo de Compromisso* firmado entre outra Universidade particular da região de Campinas.

²²⁵ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 7.

Quando da chegada ao Campus as atividades de trabalho das assistentes sociais se realizavam numa relação direta junto aos doentes das diversas especialidades, centradas na noção de demanda imediata na preocupação com a viabilização da alta hospitalar do doente, de orientação às famílias e de atendimento às necessidades imediatas feitas de modo não sistemático uma vez que ainda não estava definida uma política de assistência para o atendimento da questão social.

“(...) ao longo do seu processo de desenvolvimento, o Serviço Social esteve muito mais voltado para a preocupação de atender a ‘questão social’, do que a de estruturar um padrão de profissionalização técnico científica.”²²⁶

O documento²²⁷ que definiu a estrutura administrativa do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas descreveu na sub-seção I no artigo 68 as responsabilidades da Divisão do Serviço Social Médico como sendo “*realizar investigação e tratamento psico-social de indivíduos e grupos*”²²⁸ e “*planejar e realizar e participar de pesquisas médico-sociais intra e extra hospitalares.*”²²⁹

Observa-se que no artigo 70 da referida portaria²³⁰ que definiu a estrutura administrativa do Hospital das Clínicas ainda estava especificada a seleção social como atribuição do Serviço Social, tanto nas áreas de ambulatório como de emergência, que consistiam nas duas portas de acesso dos doentes ao atendimento médico do hospital. A essas áreas caberiam determinar a elegibilidade ou não do doente e, periodicamente, fazer a revisão da seleção sócio-econômica quando do vencimento do prazo de sua matrícula.

Conforme já referimos neste período as enfermarias continuaram funcionando na Santa Casa de Misericórdia de Campinas uma vez que somente em outubro de 1985,²³¹ a Unidade de Internação passou a ocupar o prédio do Hospital das Clínicas no Campus Universitário. A equipe do Serviço Social na Santa Casa era composta por três assistentes sociais da área de internação e uma que respondia pela sala de emergência, duas novas

²²⁶ Maria L. MARTINELLI, *Modelos de ensino de Serviço Social: uma análise crítica*, p. 16.

²²⁷ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Portaria GR 062/86, *op. cit.*

²²⁸ *Ibid.*

²²⁹ *Ibid.*

²³⁰ *Ibid.*

²³¹ BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas, Indicadores HC, nº 3 – jan. / fev. / mar. 2001, p. 1

assistentes sociais foram contratadas a partir do concurso público²³² e iniciaram o trabalho ainda na Santa Casa em novembro de 1985.

Somente a chefia do Serviço de Enfermaria acompanhou de perto a instalação da área de internação no Campus universitário. As normas antecedentes referentes ao Serviço Social da área de Internação assim estavam descritas:

“Artigo 71 ? O serviço de internação tem as seguintes atribuições:

I ? Investigar, diagnosticar e intervir junto aos pacientes (e suas famílias) quando estiverem internados;

II – Planejar a alta de pacientes internados notificando familiares e providenciando transporte quando necessário;

*III – Coordenar, orientar e supervisionar as atividades desenvolvidas pelas várias seções de enfermarias do Hospital das Clínicas.”*²³³

O Serviço Social após os primeiros anos de atuação no Hospital das Clínicas dá início a uma nova proposta de trabalho, já que em 1988 foi extinto o Serviço de Seleção Sócio Econômica que até então era responsável pela definição da elegibilidade da população. Sendo que, gradativamente, vai se alterando a população que se utiliza da área de internação, conforme já salientado neste capítulo. Observa-se pela relato da estudante ao descrever a atividade realizada no campo de estágio uma explicitação da modificação na proposta interventiva da profissão no locus do hospital.

“? Na área de Assistência cabe o acesso a democratização de informação sobre os recursos e serviços sociais na comunidade atento às condições de cidadania (diretrizes de trabalho e previdência)

? Prestação de serviços concretos que viabilizem o tratamento do usuário (auxílio transporte, vale passe, medicamentos)

? Reabilitação profissional

? Orientações a paciente e famílias na prestação de serviços previdenciários, jurídicos e emocionais.”

(Diário de Campo da 7ª estudante ? estagiária ? grifos nossos)

A contínua pressão da demanda por utilização do leito hospitalar e a íntima ligação do trabalho do Serviço Social das Enfermarias com o processo de viabilizar a saída do doente da enfermaria quando da alta hospitalar originou uma forte pressão das equipes médicas e de enfermagem para que o horário de trabalho do profissional de Serviço Social primeiro deixasse de ser horário administrativo e depois, não tivesse interrupção nos finais de semana e feriados.

²³² Edital nº 040/84, Processo Seletivo para a função? atividade de assistente social e outras ocupações no Hospital das Clínicas da UNICAMP publicado no Diário Oficial do Estado de 28/01/1984, páginas 35 e 36.

²³³ UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS, Portaria GR 062/86, *op. cit.*

Em junho de 1988, a pressão interna se intensificou a tal ponto que a própria Superintendência do hospital exigiu a implantação de plantões em finais de semanas e feriados sendo que estes se efetivaram a partir de primeiro de julho de 1988. Esta sistemática permanece até a presente data.

Neste contexto, constituiu um fator de fundamental importância neste processo de racionalização e otimização dos serviços realizados no atendimento à população usuária, orientá-la sobre direitos e buscar a otimização do uso dos leitos através da explicitação de direitos e deveres entre o hospital e a família do usuário.

O trabalho de atendimento do plantão se realiza de segunda à sexta-feira das 7:00 até as 19:00 horas. Aos sábados, domingos e feriados o plantão funciona das 8:00 às 15:00 horas. Trata-se de uma atividade sobre a qual as estudantes descrevem em seu diário de campo.

“O plantão nos dá uma visão ampla da prática do Serviço Social. É fundamental para nosso desenvolvimento profissional”.

(Diário de Campo da 2ª estudante ? estagiária)

O hospital, em 1989, iniciou o processo de informatização tendo criado em 1990 o Núcleo de Informática que deu início ao trabalho de informatização, como anteriormente salientado. A primeira consulta informatizada criada para o uso do Serviço Social foi a de altas e de previsão de altas. Isto se deu em função do interesse que a diminuição do tempo de saída do doente de alta representava, tanto do ponto de vista do financiamento como do ponto de vista da vida do doente.

Aliados a esse fator houve também a pressão freqüente da demanda externa para ocupar os leitos hospitalares. Como o número de leito é uma variável finita estruturalmente definida, a gestão do seu uso num menor espaço de tempo é condição fundamental para a garantia de uma boa utilização. Nesta medida a viabilização do custeio do hospital dá-se através de micro-gestões realizadas pela equipe de saúde, dentre estas está a equipe do Serviço Social representada pelas assistentes sociais e estudantes nas atividades de estágio que a partir de seu trabalho com as famílias, com os recursos governamentais e não governamentais viabilizam as providências para a alta do doente. A esta equipe compete realizar a gestão de situação para um melhor uso dos recursos

municipais envolvidos no cuidado, transporte e na assistência material no acompanhamento do doente no pós alta.

No desenvolvimento destas atividades no cotidiano o assistente social e a estudante-estagiária fazem uso de si por si mesmo para gerir as interfaces presentes nas particularidades que se revelam em cada situação. Há nestas atividades de trabalho o uso de si²³⁴ no estabelecimento de compromisso com o cuidado ao doente e sua família, com a construção de uma sinergia dentro das equipes, pautada na cooperação,²³⁵ e nas interfaces com a rede de recursos governamentais e não governamentais. Na gestão destas interfaces o desafio de renormalizar²³⁶ e ressingularizar no uso da “*temporalidade ergológica, uso de si por si, realizando julgamentos, interpretações, micro escolhas, microdecisões, isto é, recriando ou retrabalhando o trabalho prescrito.*”²³⁷ Nestas atividades de trabalho há a busca da realização de um dever ser²³⁸ daí trabalhar-se na direção de um devir, que é a história.²³⁹

“Todo serviço desenvolvido pelo Serviço Social está pautado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) que visa além da prestação de serviços os direitos do seu usuário enquanto cidadão.”

(Diário de Campo da 7ª Estudante? estagiária – grifos nossos)

Com o estabelecimento do uso da informática como ferramenta fundamental de comunicação e de gestão adotada pela administração do hospital foi se dando um redimensionando da documentação e do processo de trabalho no hospital.

“Em dezembro de 1993, foi possível informatizar a alta hospitalar, tendo o serviço social equipado com um terminal de computador, permitindo agilizar a liberação do leito hospitalar.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante-estagiária)

O Serviço Social sofreu influência e participou deste uso de tecnologia de informática pois, de fato, em pouco tempo ela tornou-se, predominante. Principalmente, o Serviço Social do Núcleo das Enfermarias, teve seu cotidiano de trabalho intimamente

²³⁴ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 41.

²³⁵ *Ibid.*, p. 38.

²³⁶ Maria Inês ROSA, Trabalho – nova modalidade de uso de si e educação; debates/ confronto de valores, *Pro?Posições*, 11, 2 (32) : 53.

²³⁷ Maria Inês ROSA, Trabalho – nova modalidade de uso de si e educação; debates/ confronto de valores, *Pro?Posições*, 11, 2 (32) : 55.

²³⁸ *IDEM*, Trabalho, subjetividade e poder, citado na nota de rodapé, p. 78.

²³⁹ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 159

marcado pelo uso dessa tecnologia de controle das entradas e saídas de pacientes, e posteriormente, de comunicação entre as equipes de saúde.

Como se deu essa relação estreita entre Serviço Social e o uso da informática? Para conduzir essa reflexão torna-se necessário entender a principal atribuição descrita para o Serviço Social na estrutura técnica de trabalho no hospital: a alta hospitalar.

A comunicação com os diversos postos do Núcleo das Enfermarias deu-se através do Sistema Informatizado de Pacientes Internados tanto na previsão de alta, como na alta hospitalar e na convocação de familiares. Estas atividades devem ser comunicadas, registradas e acompanhadas por todas as equipes responsáveis pelo cuidado através do Sistema Informatizado do Núcleo das Enfermarias.

“O serviço social atende mensalmente cerca de 8000 pessoas e tem como base para o atendimento as normas da instituição.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante? estagiária? grifos nossos)

Como a saída do doente em condição de alta se constitui num requisito para o ingresso de outro doente ao leito, viabilizar a saída de um e a entrada de outro constitui uma dinâmica que precisa ser continuamente implementada. A informática passou a ser um instrumento de identificação imediata de toda entrada (internação) e saída (alta de doente). Trata-se da comunicação *on-line* que se estabelece entre os vinte e quatro postos de enfermarias no qual o médico comunica a alta e a equipe de Serviço Social realiza as micro-gestões necessárias para permitir a vinda da família, o uso de recursos municipais e do próprio hospital no menor espaço de tempo necessário.

Apesar da 2ª estudante ter destacado o caráter normativo do trabalho há que se considerar que dada a diversidade e heterogeneidade presente nas interfaces destas atividades que lidam com o “objeto” vida/morte, escassez de recursos e de parceiras as renormalizações e ressingularizações são fundamentais para viabilizar o cuidado. Tendo na temporalidade ergológica *“um compromisso sempre problemático, sempre a negociar entre normas antecedentes e tentativas de renormalizações.”*²⁴⁰ Nesta atividade está implícita duas temporalidades que se impõe aos profissionais responsáveis pelo cuidado: a

²⁴⁰ Maria Inês ROSA, Trabalho ? nova modalidade de uso de si e educação: debates/confronto de valores, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 53.

temporalidade da vida expressa pela necessidade de cuidado do doente e a temporalidade mercantil revelada pela lógica da produtividade que viabiliza o custeio do hospital.

“No momento da alta, a família é mobilizada para o transporte, continuação do tratamento agravando mais aos pacientes seqüelados, que dificulta a aceitação da família, tem alto dispêndio emocional e financeiro, nesse ultimo são trabalhadas as relações comunitárias do paciente, como a igreja, grupo de amigos, benefícios municipais, previdenciários e outros que subsidiem a continuidade do tratamento extra hospitalar.”

(Diário de Campo da 3ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Na gestão destes atendimentos uma das maiores dificuldades consiste na resistência das famílias em aceitar os doentes com relativo ou grande nível de dependência. As mudanças intensas que provocam na vida destas pessoas e o custo destes cuidados constituem situações de difícil manejo que, as vezes, se revelam intransponíveis. A articulação com entidades do município e com a rede filantrópica da cidade tende a ser uma alternativa para amenizar estes problemas.

“No cotidiano da prática, às vezes me desanimo, com relação à profissão. O fato de lidarmos com problemas, nos deixa uma responsabilidade, uma sensação de que temos que solucionar todos. Trabalhar na área de saúde, tem sido para mim um grande desafio. O risco de vida dos usuários, a morte, a seqüela, nos deixa muitas vezes sem ação, sem saber o que falar. Aí vem a angústia, a sensação de impotência, um vazio enorme. E num momento desses, nada melhor que partilhar com outros profissionais, esse sentimento, porque assim percebemos que não somos os únicos ‘fracassados’. Acho que todos, ainda temos muito que aprender. A vida se constitui num eterno aprendizado.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Desde 1994²⁴¹ passou a existir uma tendência a ampliação da demanda de urgência sobre a demanda de internação eletiva. Essa modificação aprofundou as dificuldades no interior da assistência nas enfermarias uma vez que a ampliação da demanda de urgência vinha também acompanhada da diminuição do tempo de internação decretada pelo Ministério da Saúde, agravada pelo tipo de seqüelas demandadas a hospital terciário e seguidas do imperativo de buscar uma política interna de racionalização e de barateamento do custo da instituição provocados pela redução dos investimentos em saúde.²⁴²

“O serviço social atende todas as áreas da enfermaria, através de entrevistas individual, grupal, oferecendo orientação previdenciária, trabalhista e jurídica,

²⁴¹ Neste ano a administração do Serviço Social do Núcleo das Enfermarias preocupada com os efeitos desta tendência de utilização dos leitos propôs e foi realizada uma pesquisa para averiguar a dimensão do problema e suas especificidades, tendo este, se constituído, no primeiro projeto para contratação de estagiárias bolsistas na área de internação.

²⁴² Helder P. MUNIZ, *A gestão do Tempo de Permanência do Paciente de Neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*, p. 41.

encaminhamento para recursos, passes verbas e medicação, lanche, transporte para alta hospitalar.”

(Diário de Campo da 7ª estudante?estagiária grifos nossos)

A enfermaria tem na internação eletiva e de urgência seu fundamento, uma vez que visa dar atendimento terapêutico especializado. O uso do leito na área de internação do HC?UNICAMP dá-se a partir da *Internação Eletiva*, ou seja mediante a internação que ocorre programada através do agendamento nos diversos ambulatórios divididos em especialidades ou, por meio da *Internação de Urgência* na qual a entrada na área de internação é uma decorrência do agravamento do quadro de saúde ou em virtude do doente ter sofrido uma lesão decorrente de causas externas. Nestes casos, a internação ocorre através do atendimento de urgência no Pronto Socorro e decorre do risco de vida.

“Internação Eletiva representa 60% das internações e a de urgência 40%, percebe-se que este quadro ser quase igual ao primeiro pelo fato do HC ser [hospital] regional e segundo por muitas vezes a rede básica não conseguir oferecer atendimento adequado e preciso para este paciente.”

(Diário de Campo da 7ª estudante?estagiária grifos nossos)

Nas análises que as estudantes registram nos diários revelam uma contínua preocupação com o entendimento do conjunto do atendimento da área de internação. Na busca da apreensão dos números a procura de entender os sentidos da área. Ao calcularem os percentuais baseiam-se nos número total de internações da área correlacionada com o total de internação nas duas modalidade de internação: urgência/eletiva.

“Internação Eletiva são as internações programadas e agendadas, onde o paciente vem ao HC com os familiares, são recebidos pelo serviço social no primeiro momento, são acolhidos, recebem orientação da dinâmica do HC e da enfermaria, além de orientações previdenciárias e trabalhistas. Os atendimentos são realizados em pequenos grupos.”

(Diário de Campo da 7ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Se considerarmos que o número de leitos consiste numa variável finita fixada em 403 leitos, e se ponderarmos que um doente só poderá ser internado quando outro obtiver alta, concluiremos, ao fazermos uma análise da tabela 1 sobre a evolução das internações e de altas nos últimos cinco anos, que houve uma intensa mobilidade nas Enfermarias. E como ao Serviço Social, em cooperação como os demais profissionais da área, coube viabilizar as condições para a saída dos doentes, há que se considerar que intensas gestões e micro-gestões precisaram ser realizadas junto às famílias, dentro das equipes e junto aos recursos sociais da região para permitir que essa dinâmica da área se efetivasse.

Tabela 1 – Evolução das Internações e das Altas no Núcleo das Enfermarias do HC?UNICAMP nos anos de 1995 a 2000

Ano	Internação	Urgência	Eletiva	Altas
1995	15207	6300	8907	14398
1996	15089	6259	8830	14070
1997	15436	6318	9118	14456
1998	15226	6663	8563	14314
1999	14851	6910	7941	14041
2000	14476	6977	7499	13604

Fonte: NIHC²⁴³/UNICAMP

“A análise desses indicadores [de internação] mostra uma queda no número de internações no último ano, acompanhado de um acréscimo no tempo médio de permanência, podendo indicar um aumento da gravidade e complexidade dos pacientes atendidos.”²⁴⁴

Observa-se neste depoimento da Coordenadora de Assistência uma alusão a ampliação da complexidade revelada pelo movimento de internação do ano 2000. Na prática isto significa dizer que a população atendida por este serviço de saúde passou a ser cada vez mais complexa, pautada no risco de vida, sendo que a recuperação demandava maior tempo de internação e recursos financeiros e humanos maiores.

Conforme analisa Muniz²⁴⁵

“o tempo de permanência do paciente é uma resultante da dinâmica existente entre a variabilidade do paciente (estado clínico, modo de viver a internação, suas condições de vida e trabalho, sua família), a variabilidade organizacional (dificuldades para realização de exames, falta de vagas no CTI, problemas que causam suspensões de cirurgias) a variabilidade presente no próprio SUS (quando se encontram dificuldades para referenciar o paciente a outros serviços de saúde).”²⁴⁶

Como essa demanda é mais complexa e exige um período de internação maior, resulta uma diminuição significativa da capacidade de atender a demanda eletiva.

²⁴³ Núcleo de Informática do Hospital das Clínicas da UNICAMP.

²⁴⁴ BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas, Indicadores HC, nº 3 – jan. / fev. / mar. 2001, p. 1.

²⁴⁵ Helder P. MUNIZ, *A gestão do Tempo de Permanência do Paciente de Neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*, p. 3.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 3.

As problemáticas sócio-familiares se apresentam tanto na internação de urgência como na eletiva e demandam uma série de gestão de situações impostas pelo meio familiar, pela disponibilidade de recurso municipal e pelo grau de dependência que requer níveis singulares de renormalização das famílias para permitir condição de vida para doentes com nível significativo de dependência. A temporalidade mercantil cria obstáculos importantes para o estabelecimento de uma temporalidade ergológica e da vida.

“No HC ocorrem internação de curta permanência de 24 horas de internação exigindo grande disciplina no setor”

(Diário de Campo da 5ª Estudante? estagiária? grifos nossos)

O Serviço Social no HC-UNICAMP é uma profissão que está constituída de forma a atender o Núcleo das Enfermarias como um todo. A equipe de Enfermagem se distribui de acordo com cinco diretorias a saber, a diretoria do Serviço de Enfermagem Médico?Cirúrgica do sexto andar, a diretoria do Serviço de Enfermagem Médico?Cirúrgico do quinto andar, diretoria da Cirurgia do Trauma, Emergência Clínica e Psiquiatria no quarto andar, a diretoria de Pediatria e UTI Pediátrica, também no quarto andar e, a diretoria da Unidade de Terapia Intensiva, Coronariana e Pós Operatória, no segundo andar. A equipe médica é organizada de acordo com as especialidades e é ligada à chefias dos departamentos.

O Serviço Social para cumprir esta organização do trabalho precisou estabelecer uma relação centrada na totalidade das demandas da área de internação, sem perder de vista as especificidades das disciplinas que atende e da população usuária que o procura.

A dimensão do Núcleo, sua distribuição espacial abrangendo quatro pavimentos, a grande quantidade de docentes, profissionais médicos contratados, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, os residentes, estagiários bolsistas e voluntários, a portaria, limpeza e demais equipes que compõem o dia a dia de trabalho da área de internação, a diversidade das patologias, das terapêuticas aliadas a característica de hospital regional fazem parte inequívoca de um cotidiano que ora revela, ora encobre a heterogeneidade e a imensidão das demandas do cotidiano desta unidade de saúde. Estas especificidades da situação de trabalho na qual se processam as atividades das profissionais do Serviço Social as conduzem todos os dias e o dia todo a buscarem estabelecer relações de compromisso e de responsabilização com os usuários, familiares, com os profissionais das diversas

disciplinas e a buscarem uma forma de equilíbrio instável que venha a auxiliar na fruição da demanda e no atendimento responsável das singularidades de cada situação.

CAPÍTULO II ? ENCONTRO ENTRE EXPERIÊNCIA E CONHECIMENTO

Neste capítulo trazemos a experiência das estudantes estagiárias, os registros dos diários de campo e os depoimentos como forma de tentar compreender como se deu a formação, através da realização das atividades de trabalho no campo de estágio e buscamos apreender se houve interferência na sua formação decorrente do fato de terem trabalhado numa convivência diária face a doença, dor e morte.

A palavra experiência, segundo o dicionário Aurélio,²⁴⁷ é um substantivo feminino, que vem do latim *experientia* e, significa, ato ou efeito de experimentar (se); observação; experimentação; ensaio; prova; tentativa; a prática por oposição à teoria; habilidade e perícia adquiridas com o exercício de uma arte ou ofício; conhecimentos resultantes de vivências subjetivas e soma de conhecimentos. De uma certa forma, o exercício de uma atividade é um misto de tudo isto, levando a busca de uma prática possível, que nasce do encontro entre experiência e conhecimento conforme destacado anteriormente.

Nesta perspectiva estamos pensando a formação da estudante a partir das atividades de trabalho como uma atividade que demanda o uso de todas as potencialidades do sujeito para o exercício da atividade industrial.

“Ser um bom entrevistador não é tarefa fácil, no entanto não é impossível, trata-se de uma técnica onde devemos estar em constante aprendizagem, onde a prática cotidiana é um determinante que muito contribui para este aprendizado.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante ? estagiária)

2.1 Atendimento: encontros e confrontos

Uma análise detalhada dos diários de campo demonstra a riqueza do cotidiano de trabalho vivido pelas estudantes estagiárias. Longe de demonstrar repetição e monotonia, revelam uma diversificação e heterogeneidade nas dramáticas do uso de si e nas convocações para o “uso de si por si mesma” e do “uso de si por *outrem*” no dia a dia de trabalho das estudantes nas enfermarias. Ao analisarmos os conteúdos dos diários de

²⁴⁷ Aurélio B. de HOLANDA, *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*, p. 599.

campo percebemos que nos desafios do dia a dia a estudante é convocada por inteiro no seu ser.²⁴⁸

“Já citei, anteriormente, que a estagiária está participando uma vez por semana do plantão de Enfermaria, onde atende-se a uma demanda de procura espontânea ou encaminhada por profissionais das áreas. Neste plantão atende-se pacientes de diversas Enfermarias. É importantíssima a participação da estagiária de Serviço Social no plantão, pois assim torna-se possível o conhecimento, as problemáticas diversas enfrentadas pelas diversas áreas da Enfermaria. Acredito que é fundamental o conhecimento de todas as problemáticas vividas por todas as enfermarias. Não devendo limitar-se este conhecimento apenas na área de atuação. Pois se não tivesse a oportunidade de participar do plantão só conheceria as problemáticas de [nomeia a própria Enfermaria onde desenvolve seu trabalho]”

(Diário de Campo da 1ª Estudante? estagiária – grifos nossos)

Neste registro a estudante apresenta a participação no atendimento de plantão e a observação na passagem de plantão que realiza como atividades importantes para o seu aprendizado e, portanto, formação. Nas suas palavras, afirma que é *“importantíssima a participação da estagiária”* no plantão uma vez que esta atividade torna possível o *“conhecimento das problemáticas diversas enfrentadas pelas diversas áreas da Enfermaria”*. Nesta apreensão das atividades de trabalho do hospital há a busca da compreensão da dinâmica do conjunto dos diversos serviços e áreas, indispensável para uma visão abrangente do trabalho. Revela o “olhar” e o “ouvir” como recursos adequados para viabilizar o conhecimento.

Observa-se que a mesma estudante no registro seguinte demonstra preocupação em detalhar um procedimento de atendimento social utilizado no Serviço Social do hospital. Trata-se da preocupação freqüente de generalizar o conhecimento e de procurar entender a forma de seus usos e a dinâmica interna, ao mesmo tempo que busca ordenar o entendimento do real, a partir do conhecimento das normas, dos procedimentos e dos protocolos utilizados, ou seja, das normas antecedentes da atividade de trabalho.

*“Diante da solicitação de algum recurso social pelo usuário, procuramos conhecer melhor a sua realidade, para isso utilizamos como técnica a **entrevista** [destaque da estudante], a qual é realizada através de uma ficha social onde estão contidas questões que fornecem subsídios para a análise da situação sócio-econômica do usuário.*

Partindo dos dados coletados, é que iremos avaliar se o usuário faz jus ao recurso solicitado, ou qual a providência a ser tomada.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante – estagiária – grifos nossos)

²⁴⁸ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : *passim*.

Neste registro, a estudante explica o procedimento colocado em prática no hospital e ao fazê-lo intenta demonstrar que está adquirindo uma certa familiaridade com as normas de atendimento e de registro do/no hospital. Ao nomear o uso da “*técnica a entrevista*” demonstra a preocupação com a articulação entre os saberes disciplinares da profissão e os da prática, nascidos da experiência.

Observa-se que apesar da clareza do relato no qual a estudante descreve o protocolo seguido esta, após a entrega do diário de campo à unidade de ensino, o recebe de volta com a seguinte observação da professora? supervisora:

“[Nomeia a estudante],
Escolher sempre uma ou duas entrevistas e relatá-las no Diário de Campo para ser analisada as ações profissionais, postura, etc,...”
 (Diário de Campo da 1ª Estudante ? estagiária)

Apresentamos o registro da anotação da professora que se seguiu à descrição da estudante sobre o modo como esta realizava o atendimento para conhecer a situação apresentada pelo usuário, para explicitar a presença de uma temporalidade diferente entre unidade de ensino e estudante.

As estudantes nas atividades de trabalho no estágio sofrem o impacto de avaliações profissionais tanto do professor?supervisor da unidade de ensino através de supervisão mensal e do uso do diário de campo, como do supervisor de campo com quem as estudantes discutem a prática em função das dificuldades do exercício do trabalho nos procedimentos do dia a dia. A presença destas avaliações implica uma dificuldade a mais para o trabalho das estudantes pautado na diversidade da temporalidade dos diversos sujeitos envolvidos, acarretando dificuldades de realização da temporalidade ergológica das estudantes. Por exemplo, no primeiro semestre, há a busca pela estudante ? calcada em sua temporalidade ? de um entendimento de protocolos experimentais²⁴⁹ envolvidos na atividade.

“A relação com este ingrediente supõe uma disciplina, um descentramento em relação ao seu próprio ponto de vista sobre a atividade e o mundo. Para apropriar-se dele, é preciso submeter-se as suas normas e imposições internas – de rigor formal variável, mais forte para o uso da estatística ou das técnicas jurídicas, mais maleável para as regras de gestão de produção ou as práticas médicos – no entanto, este tipo de ingrediente será sempre objeto de um

²⁴⁹ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 8. (grifos nossos)

*aprendizado progressivo, no qual o sujeito deve aparentemente “esquecer sua experiência ou sua sensibilidade para melhor ter acesso às conexões regradas que se movem na – relativa – generalidade do conceito.”*²⁵⁰

O registro da professora demonstrou que há uma exigência acadêmica de que a estudante seja capaz de realizar uma etapa posterior, que consiste em realizar a difícil articulação²⁵¹ entre os saberes disciplinares da profissão e os saberes da experiência. E no entanto, a estudante já realiza esta articulação nas atividades de trabalho que realiza, pelas quais aprende e se forma.

No nosso entender há uma diferença significativa na temporalidade vivida pela estudante face ao seu processo de aprendizado, a exigida pela unidade de ensino e pelo campo de estágio que precisam ser explicitados. Todavia no nosso estudo estes aspectos não serão objeto de discussão e o citamos com o intuito de registrá-lo em função da importância que desempenha no entendimento das questões do aprendizado através do trabalho.

Gostaríamos de salientar que além das dificuldades vividas pelas estudantes face a complexidade do meio hospitalar, à vivência freqüente com o “objeto” vida/morte, ainda há a exigência de se cumprir etapas de aprendizado prescritos pela unidade de ensino regidas por interesses da formação e as exigências do agente financeiro/FAEP que no conjunto se constituem em dificuldades adicionais presentes no dia a dia das estudantes.

“...O [relatório] ajudou! Ajudou bastante. Ajudou eu ver o caminho que eu estava tomando errado, no começo como eu te falei eu tive dificuldades no estágio, até no relatório eu tive dificuldades, eu fui por um caminho totalmente oposto. Eu fui por um caminho que o meu estágio anterior, do setor anterior que eu trabalhava, do estágio não remunerado. Eu elaborei o relatório a partir daquele outro, pensando num outro público que eu atendia, não sei nem porque, foi sem querer que eu me dispersei. Não que não existisse aquele público... existia, mas não era o público que eu atendia. Ou que eu tivesse atendido, mas não que eu atendia. Fiz pensando num público geral. Aí minha supervisora falou: Mas este é o público que você atende? Não !!! ... Não tinha nada a ver com o público que eu atendia. Existia sim aquele universo, mas não era o meu. Aí eu vi que estava totalmente errada.... A experiência da FAEP valeu bastante....valeu muito....”

(Depoimento da 4ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

No depoimento da estudante a explicitação deste descentramento descrito por Schwartz, que ela converteu em “brincadeira” no seu relato, mas não foi casual o que

²⁵⁰ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 8. (grifos nossos)

²⁵¹ IDEM, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 6.

ocorreu. Revela que elaborou o relatório “*pensando num outro público*” e por não encontrar um motivo afirma “*foi sem querer que eu me dispersei*”. Preocupada com a conotação moral que pode criar procura achar uma explicação para este fato mas como não o encontra afirma “*existia sim aquele universo, mas não era o meu.*”

Estas diferenças na temporalidade, de um lado representam desafios que as impelem a fazerem uso de si por si mesmo, por outro lado, representam dificuldades que vão superando, à medida que, ampliam-se os usos de seus saberes na forma de atendimentos e cuidados que lhes propiciam a elaboração de sínteses provisórias, que serão passíveis de renormalizações e ressingularizações, num movimento em aberto porque está marcado pela temporalidade da vida e pessoal das estudantes.

“Para cada tipo de situação, pode-se listar com relativa facilidade essas condições mais ou menos necessárias ao exercício de tal atividade profissional; trata-se sempre de saberes identificáveis e anteriormente armazenados.”²⁵²

Estamos discutindo a capacidade que a realização das atividades propiciam ao armazenamento de saberes e, portanto, torna-se oportuno analisarmos o registro no diário de campo da 1ª Estudante, citada anteriormente, alguns meses depois.

“Senhora M. e Senhor J. procuram o Serviço Social desesperados, solicitando ajuda com gêneros alimentícios, pois segundo os mesmos o seu barraco havia sido invadido e assaltado. Conversamos com os referidos senhores e realizamos uma avaliação sócio-econômica através de entrevista.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante – estagiária – grifos nossos)

Descreve no diário de campo uma série de discussões que mantém com as entidades sociais da região de moradia do casal e registra a falta de recursos destas entidades para fornecerem auxílio material suficiente à necessidade na assistência ao casal. Desta compreensão depende a tomada de decisão sobre o atender ela própria ou passar para a assistente social, bem como decidir por encaminhar para outra instituição ou atendê-lo através da própria instituição onde a estudante estagia.

“(...) a referida entidade só os conhecia através do plantão, pois segundo a mesma [assistente social] um trabalho mais aprofundado sobre as famílias atendidas torna-se impossível uma vez que contam com poucos profissionais e a demanda é elevada”

(Diário de Campo da 1ª Estudante? estagiária)

²⁵² Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 8

Na busca de um maior envolvimento no atendimento a estudante realiza outras entrevistas com o casal e sua percepção da situação vai se ampliando, fato que apresenta no registro do dia seguinte.

“No dia seguinte o casal procura o Serviço Social e através de atendimento constatamos a inferência de desavenças conjugais. O mesmo casal que um dia antes parecia viver super bem, agora se mostram completamente desestruturados, mas sempre pedindo ajuda.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante ? estagiária – grifos nossos)

Esta estudante sempre foi atenta ao uso de vocábulos, todavia face à dificuldade de explicitar esse saber que nasce do “olhar” ao descrevê-lo na frase “*constatamos a inferência de desavenças conjugais*” a dificuldade em demonstrar que o que percebia não era visível aos olhos, porém passível de ser inferido através da situação de entrevista. Na inadequação da expressão “*constatamos a inferência*”, tenta apresentar a difícil conciliação entre o constatado e o inferido que emergem no atendimento face a face.

O entendimento de um dia explicita ou a induz a (re) pensar o que tinha julgado ser o problema no dia anterior. Essa busca de sentidos, premida pela necessidade de uma conduta apropriada, quer do ponto de vista ético, quer do ponto de vista profissional, conduz a estudante a um contínuo exercício do pensar e de refletir sobre a interdependência entre as diversas questões envolvidas na problemática e na própria visão sobre a situação.

Nesta expressão registrada no diário de campo fica implícito o conflito instalado entre o aparente e o real. A estudante desde o relato do segundo atendimento já está atenta ao fato de que o casal está “*sempre pedindo ajuda*”, mas neste momento ainda não discute esse fato, o que ocorreu somente no quarto dia ocasião em que a estudante explicita esta questão.

“A partir do primeiro atendimento a procura pelo Serviço Social tornou-se freqüente pelo casal, e a cada procura uma nova solicitação (cesta básica, remédios, remoção [condução para volta à casa], renda mínima, berço, etc...) Percebemos que a família usava sua pobreza como meio de estar adquirindo recursos. A partir desta constatação mudamos nossa forma de atuação, procuramos sempre que nos procuravam mostrar-lhes que cabia a eles estar buscando a solução de seus problemas e procuramos mostrar-lhes que já havíamos percebido a sua manipulação. Assim no último atendimento o senhor J nos procurou para comunicar que havia arrumado um serviço (bico) e que já tinha comprado os mantimentos.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante ? estagiária – grifos nossos)

Na expressão “*procuramos mostrar-lhes que já havíamos percebido a sua manipulação*” a explicitação de uma forma do agir profissional, que consiste em não dizer sobre a manipulação mas, levá-los a se aperceberem que esta forma não conduziria à superação do problema. Para esta decisão de como se conduzir, a estudante baseava-se na sua percepção, na discussão do atendimento com a supervisora, nas informações das outras entidades que davam auxílio material à família, e que era sistematicamente omitido pelo casal na intenção de obter assistência material do hospital.

No atendimento na saúde, tanto o assistente social como a estudante enfrentam uma dificuldade que se expressa através da decisão entre falar e conter a fala, para permitir ouvir. Ora, essas questões não se aprendem do dia para a noite, demandam tempo, percepção, crítica e exercício contínuo da ação e dos resultados. Se a estudante não estiver atenta aos resultados, a ação fica, profundamente, comprometida. No registro da reação do pai ao seu atendimento, a estudante busca explicitar a correção da ação realizada e o faz ao apresentar que “*no último atendimento o pai nos procurou para comunicar que havia arrumado um serviço (bico) e que já tinha comprado os mantimentos.*”

Essa preocupação revela dois sentidos: um de busca de indicadores para uma avaliação da ação e outro o de revelar no seu diário, utilizado tanto pela unidade de ensino como pelo campo de estágio, a correção da sua capacidade de atender e, portanto, para demonstrar a qualidade do seu aprendizado. O Serviço Social, é definido como uma profissão interventiva e, em função disto, não pode desconsiderar a qualidade e os resultados da intervenção que realiza.

“Então a prática foi muito importante. Um aprendizado que a teoria às vezes não fala, tem muita coisa que a teoria não fala: que é o aprendizado de cada caso, às vezes, as pessoas falam: vou trabalhar com família, não é? Família, tem família assim, assim de todos os tipos, tem esses e esses problemas, só que você está ouvindo falar dos problemas, você não tem que dar solução para esses problemas. Então, quando você tem uma família, de verdade, na tua frente, com um problema de verdade na tua frente, você tem que dar uma solução para ele, não tem tempo de filosofar, de pensar o que poderia ser feito, de debater essas coisas, você tem que dar uma solução ou, você tem que ter um “insight” na hora e pegar aquela palavrinha para ajudar a família a encontrar uma solução, que é diferente da teoria.”

(Depoimento da 6ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

No depoimento da estudante a tentativa de por em palavras a diferenciação entre os saberes disciplinares e os saberes nascidos da experiência, ou como se refere

Durauffourg,²⁵³ os conhecimentos da experiência, do encontro entre ela e o conhecimento. Ao falar da teoria refere-se ao poder da concepção e do conceito. Ao se referir à experiência busca explicitar a natureza da diferença e se utiliza no depoimento da expressão “*de verdade*” para marcar o seu caráter concreto situando-o como “*diferente da teoria*” e o coloca no pólo em oposição ao conceito que tenta definir, mas não encontra palavras para fazê-lo.

*“É difícil explicar essa complexidade em palavras, separadamente dos atos, se ela só é testada através da experiência.”*²⁵⁴

A convocação para o agir exige uma tomada de posição, ou seja, remete ao uso de si por si mesmo que se constitui no desafio de fazer uso das dramáticas de uso se si, nas atividades que realiza. Na expressão “*então, quando você tem uma família, de verdade, na tua frente, com um problema de verdade na tua frente*”, nesse momento a estudante se depara com um apelo para a singularidade que existe em cada situação, evidenciada pela premência de realizar um entendimento apropriado frente a mesma.

Esta atividade da estudante é também uma atividade de trabalho e demanda uma capacidade de escuta especial. Não se trata apenas de um ouvir, enquanto possibilidade de percepção dos ouvidos ou seja, dos órgãos do sentido. Trata-se do “*corpo?si*”²⁵⁵ de um entendimento especial que requer um uso de todo o ser, aquela convocação de que falávamos acima, para apreender o conjunto das percepções.

*“Esta onipresença de um corpo, de um “corpo?si”, nas circunstâncias de uma gestão eficaz das situações, é o que mais claramente se manifesta na ancoragem singular, histórica deste ingrediente [ingrediente 2]. De fato, este “corpo?si” que negocia, que incorpora pontos de referência, valores, é sempre um corpo próprio, tomado no eixo de uma biografia singular. Dois corpos não serão “domesticados” da mesma maneira”, não articularão na enigmática de seus seres as mesmas informações, as mesmas coerções, as mesmas maneiras de combater o esquecimento.”*²⁵⁶

Esta escuta no desenrolar da atividade é o próprio ato de ir àquele encontro, interpretado pela estudante como “*ter um insight*” e “*aquela palavrinha*”, que em outro

²⁵³ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego e desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional*, p. 126.

²⁵⁴ *Ibid.*, p. 130.

²⁵⁵ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 15

²⁵⁶ *Ibid.*, p.13.

momento da entrevista ela considera como esta “*palavrinha*” sendo a chave para abrir uma porta e ver além do que está sendo dito.

“E com o Serviço Social eu tive que aprender, de novo, a ouvir as pessoas, eu tive um pouco de dificuldades de ter paciência, para ouvir as pessoas. Eu tive que aprender a ouvir as pessoas, a trabalhar com as pessoas para tentar ? para captar as necessidades das pessoas, conhecê-las neste período curto, mas conhecê-las, ao ponto de, descobrir onde está a problemática para você atuar, para ajudá-la, como um veículo de... para ajudá-la a pensar, para ajudá-la achar a solução, sem você dar a solução, até encaminhar para esta solução. É um pouco difícil! No começo eu tive dificuldade de ouvir as pessoas.”

(Depoimento da 6ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Nas reiteraões de “*eu tive dificuldades de ouvir as pessoas*” uma alusão a um saber que parece já estar dado para cada ser vivo humano, porém no contato interpessoal, e principalmente na escuta profissional, há a constatação do quão difícil é arte de bem ouvir. Na expressão “*eu tive um pouco de dificuldades de ter paciência, para ouvir as pessoas*” a alusão à necessidade de saber estar atento à palavra do outro, aprender a se deixar ir ao sabor da temporalidade do outro, de seu “*corpo?si.*” A estudante precisa esperar o momento certo para dizer algo, e as vezes nada dizer. Conter a angústia de ir logo a um assunto sobre o qual ela já possua algum conhecimento. No silêncio e no olhar diante dessa nova experiência, dão-se aproximações e confrontos de saberes. Na espera, a coragem de se deixar viver essa experiência de encontro com a singularidade e histórias pessoais. É preciso ter coragem, de se deixar ir, para um caminho desconhecido. O imponderável está sempre colocado na relação pessoal e profissional.

Na escolha do verbo “*captar*” a intenção de exprimir o que vai além da aparência e do explícito, uma tentativa de demonstrar uma capacidade de enxergar para além do imediato contraposto à frase seguinte “*conhecê-las neste período curto.*” O tempo tão escasso e ao mesmo tempo tão necessário na temporalidade da saúde, da vida e da própria estudante estagiária.

Muitas vezes quem procura a assistente social faz uma queixa que, à primeira vista, parece inespecífica. O doente ou a família falam sobre muita coisa, ao mesmo tempo. Os fatos são apresentados numa organização que aparenta desorganização. No diário de campo da supervisora a expressão que mais registra no princípio do estágio é:

“Não entendi direito o que ele [o doente] me disse, ele é muito confuso.”
(Diário de Campo de Supervisão)

Nossa experiência tem demonstrado que, nestas situações, quando se solicita à estudante que narre o que ouviu do doente, a narrativa se apresenta na mesma ordem que foi apresentada, quando da entrevista, com idas e vinda no tempo, com expressões que ela não sabe explicitar o sentido que apresentam na história. Quando indagamos, em supervisão, o sentido de algumas falas do doente elas não titubearam em dizer

“Não sei, não entendi o que ele [doente] quis dizer.”
(Diário de Campo de Supervisão)

Quando indagamos a causa de não lhes terem perguntado o significado, afirmam:

“Você acha que eu teria coragem de dizer isso, o que ele iria pensar?” ou
“O que ele pensaria de mim? Que eu não sei nada!”
(Diário de Campo de Supervisão)

Há que se aprender a experiência da humildade. Concordamos com Freire que o “diálogo como encontro dos homens para a tarefa comum de saber agir, se rompe, se seus pólos (ou um deles) perdem a humildade.”²⁵⁷ Ao não indagarem, é como se desistissem de buscar sentido, ou se envergonhassem de indagar-lhes os outros sentidos. Sentem-se desencorajadas em dizer para o doente a expressão: “não entendi direito, o senhor pode me explicar?” Talvez um dos mais dolorosos aprendizados seja o de aprender que não se sabe tudo, e perseverar na procura de entender os nexos. É preciso tolerar o não saber. Por isso o valor do pensamento de Freire, até hoje, sugerido por nós, na condição de supervisora, como reflexão necessária para aprender a indagar-se e a encorajá-las a perseverarem no ato da procura de sentidos.

Uma das primeiras etapas a ser vencida é essa vontade da estudante de “encurtar o caminho e entender logo qual o problema”. Pois o doente procura o profissional, antes de mais nada para poder ser ouvido.

E o relato do doente é feito ao sabor das memórias, das dores, numa hierarquização que lhe é muito própria. Tendem a relatar as situações que lhes parecem mais prementes ou sofridas. Por outro lado, ao ouvi-los, as estudantes precisam conseguir entender o conjunto da mensagem. Todavia, no raciocínio, é necessário ir quebrando as falas e confrontando-as com outros conjuntos de saberes que iluminam e dão sentido à escuta. A importância de conter a pressa em entender e saber dar respostas torna-se fundamental.

²⁵⁷ Paulo FREIRE, *Pedagogia do oprimido*, p. 95.

Por isso a afirmação do depoimento da 6ª Estudante descrito anteriormente nos revela que *“descobrir onde está a problemática para você atuar, para ajudá-la, como um veículo de... para ajudá-la a pensar, para ajudá-la achar a solução, sem você dar a solução, até encaminhar para esta solução. É um pouco difícil!”* O saber que está aí explicitado é o da humildade de ouvir e do saber dialogar.²⁵⁸

O outro dilema que a estudante verbalizou neste depoimento foi o de fazer todo esse exercício numa temporalidade muito especial, a do aqui e agora, *“para captar as necessidades das pessoas, conhecê-las neste período curto.”* Porque, principalmente em um hospital terciário a rotatividade do leito é uma constante, sua agilidade consiste num indicador de eficácia nas ações, e o que se busca é fazer logo, fazer bem feito e permitir que o doente retorne o quanto antes à sua vida.

*“...as relações de trabalho se processam, concomitantemente, como relações de produção e relações de poder, pondo em prática uma particular anatomia política produzindo o modo de ser moral do trabalhador, sua subjetividade, no processo imediato de trabalho.(...). Ambos os níveis de poder constroem o modo de ser do trabalhador, desdobrando-se no seu ser profissional, pelas relações de trabalho.”*²⁵⁹
(Destaque da autora? grifos nossos)

Em síntese, produzir melhoria na qualidade de vida, sem produzir danos à saúde e à vida. Ora, essa rapidez consiste num fator relevante presente no cotidiano.

“(...) porque quando eles querem uma medicação ou querem alguma coisa, eles pedem hoje, mais era para ontem.”
(Depoimento da 5ª Estudante – estagiária)

A necessidade de “fazer logo” remete ao valor mercantil, ou seja, à produtividade, ao rendimento nas palavras de Canguilhem²⁶⁰ que se contrapõe ao outro valor, o da temporalidade da pessoa, ergológica, ou seja do *“corpo-si,”* que se exprime no “fazer bem feito,” e do ter paciência de saber ouvir, aprendizado importante dos valores sem dimensão, na formação, que se confronta àquele valor, o mercantil.

*“Embate entre duas temporalidades e concepções do trabalho que se opõem no campo dos valores ? das norma, de um lado os valores mercantis, de outro os não-mercantis, sem dimensão, que questionam os primeiros, mesmo que neles se apoiem, (..) ? a produtividade e eficiência daqueles valores a serem trabalhados por ele. [trabalhador]”*²⁶¹

²⁵⁸ Paulo FREIRE, *Pedagogia do oprimido*, p. 94.

²⁵⁹ Maria Inês ROSA, *Trabalho, subjetividade e poder*, p. 4-5.

²⁶⁰ Georges CANGUILHEM, *Meio e normas do homem no trabalho*, p. 3.

²⁶¹ Maria Inês ROSA, *Trabalho nova modalidade de uso de si e educação: debates/ confrontos de valores. Pro – Posições*, 11, 2 (32) : 55.

Assim a frase “*eu tive que aprender a ouvir as pessoas*” faz alusão a um certo tipo de saber que se constitui ao longo do exercício da atividade, saberes esses discutidos por Duraffourg no estudo sobre a atividade das operárias que viravam os queijos.

“...lá onde víamos apenas mãos e músculos, havia também senso tátil, senso olfativo córtex. E além disso: cultura (...) itinerário profissional, processos complexos de acumulação e transmissão de uma habilidade profissional, portanto história individual e coletiva, em suma, um trabalho complexo, parcialmente impossível de ser antecipado.”²⁶²

O diálogo é a base do atendimento social e a capacidade para realizá-lo depende, necessariamente, da presença do outro. Na presença do outro a possibilidade do encontro ou do confronto. No início do desenvolvimento das atividades de trabalho no estágio as estudantes se assustam com as situações de conflito com os doentes ou familiares agressivos. No diário de campo de uma estudante no primeiro mês do primeiro semestre esse fato é explicitado:

“*Atividade de estágio*

Conversamos com a supervisora [nomeia-nos] sobre a conduta com paciente agressivo e descompensado:

? *Falar baixo, não alterar a voz.*

? *Observar conduta psicológica e se posicionar de acordo. Exemplo: paciente infantilizado*²⁶³, *paciente contrariado em relação ao grupo,*

? *Escutar tudo o que o paciente tem a dizer,*

? *Dirigir a conversa após com perguntas reflexivas, fazendo com que paciente avalie a situação”*

(Diário de Campo da 3ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Na preocupação da estudante, um aspecto da inter-relação com o outro, que não se trata de qualquer outro, mas do encontro com o descontente, mais do que isto, ela o denomina “*descompensado.*” Empréstimo o termo da linguagem médica, muito comum em psiquiatria, numa alusão a quem não está “compensado” ou seja não se encontra “em estado de equilíbrio”. As estudantes são muito temerosas quanto a estes atendimentos. E, com frequência, os evitam.

Em sua prescrição a busca de uma forma de encontrar tranquilidade para se conduzir diante desta situação. Na prescrição que redigiu, uma descrição “de como” e “o

²⁶² Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões, *Emprego e desenvolvimento tecnológico: Brasil e contexto internacional*, p. 128. (grifos nossos)

²⁶³ Cf. ROSA, Maria Inês. Trabalho nova modalidade de uso de si e educação: debates/ confrontos de valores. In: *Pro – Posições*, 11, 2 (32), : 57, a autora analisa um outro tipo de infantilização, ou seja, a do trabalhador nas situações educativas através do uso de jogos nas palestras no trabalho visando educá-los para a prevalência do temporalidade econômica e homogeneidade do tempo do relógio.

que” observar e de como reagir. Estabelece os seguintes passos: “*escutar tudo o que o paciente tem a dizer*”, “*falar baixo, não alterar a voz*”, na expressão “*observar conduta psicológica*” tenta definir a situação a qual está se referindo, como não consegue descrevê-la nomeia a pessoa em atendimento de *doente “infantilizado”*.

Cremos que no uso desta expressão tanto poderia estar se referindo a um doente que, do ponto de vista analítico é denominado de “regredido” como poderia referir-se ao sentimento de “sentir-se tratado como criança” conforme estudo de Rosa.²⁶⁴ A questão que há por traz deste registro é como eu – estudante estagiária de Serviço Social ? me oriento diante da contrariedade do outro, ou até de sua revolta ou de sua violência? Uma indagação que nos revela sua preocupação com o uso que fará de si no momento que estiver diante de situações de conflito.

Outra face do saber dialogar que se explicita, ou seja, o de como falar quando o outro não nos quer ouvir ou não nos pode ouvir. Por isso a alusão ao “*descompensado*” que não porta condições de estabelecer um diálogo centrado no “*princípio da realidade.*”²⁶⁵ Uma vez que o doente está centrado, em questões do mundo interno, a intolerância a contrariedade tornam-se marcantes. E dialogar nessa situação é, praticamente, uma arte. Ela apreende esse caráter de arte, quando se atém, não somente ao conteúdo do diálogo, mas à entonação da voz e à forma do olhar, que busca conceituar, mas que lhe escapa e ela o denomina de “*conduta psicológica.*”

Outro aspecto que esse registro nos permite apreender é como se dá a apreensão entre a orientação da supervisora de campo e a estudante. Observamos que ela nomeia a supervisora no princípio do registro “*conversamos com a supervisora*”, todavia o que se segue já se apresenta num discurso de sua autoria, há como que uma fusão entre a palavra da supervisora e a sua apreensão. Desse modo, na leitura do registro do diário de campo,

²⁶⁴ Confrontar ROSA, Maria Inês. Trabalho nova modalidade de uso de si e educação: debates/ confrontos de valores. *Pro ? Posições* 11, 2 (32) : p. 57.

²⁶⁵ Referimo-nos aqui ao *princípio da realidade* em oposição ao *princípio do prazer*, pautadas na proposição de Freud em “O mal estar na civilização.” Para o autor, o princípio do *prazer* “*decide o propósito da vida e domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início*”, ele apresenta uma certa “*eficácia, ainda que o seu programa se encontre em desacordo com o mundo inteiro*”, pois “*não há possibilidade de ele ser executado; todas as normas do universo são contrárias*”, “*o próprio princípio do prazer, sob a influência do mundo externo, se transformou no mais modesto princípio de realidade*”. Cf. FREUD, Sigmund, “O Mal estar na civilização”. In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1974, v. XXI, p. 94?5.

praticamente, não se apreendem os diálogos entre supervisora? supervisionada. Eles ficam implícitos no registro da ação realizada. Somente são passíveis de serem apreendidos por um leitor atento às situações que explicitam a conduta seguida, as normas colocadas em ação e os resultados obtidos. Não se atêm a nomear de quem partiu a orientação, transformam-se nos sujeitos das ações. No nosso entendimento, após o ato realizado a autoria é assumida pela estudante.

Existem três tipos diferentes de solicitação de supervisão feitas pelas estudantes. A primeira delas consiste na discussão sobre as dificuldades de realização do trabalho, a segunda dá-se em relação ao relatório do agente financeiro e a terceira diz respeito as discussões a respeito da diversidade na forma de ação da própria equipe do Serviço Social e demais equipes profissionais. Neste capítulo apresentaremos as duas primeiras situações que dizem respeito a uma relação direta na atenção ao usuário, sendo que a terceira será discutida no capítulo três ocasião na qual apresentaremos as interfaces do trabalho coletivo.

Descrevemos uma situação, registrada no diário de campo da supervisora, ocasião que a 5^a estudante, cursava a terceira série e, juntamente, com outra estudante assumiu um plantão durante uma manhã.

“No começo da manhã [nomeia a 5^a Estudante] estava animada com a experiência, porque, este seria, seu primeiro plantão ‘sozinha’ [sem assistente social nas imediações]. Decorrida uma hora, pediu para que uma funcionária fosse me chamar com urgência. Voltei apreensiva, ela estava quase chorando, mostrou-me a mão bastante gelada, dizia-me que, o marido de uma paciente estava muito nervoso e havia gritado com ela e, tinha até ameaçado denunciá-la aos jornais e à Superintendência do Hospital. Tentei tranquilizá-la a partir de uma análise que demonstrava a correção de suas orientações e conduta ante a situação. Todavia, não consegui tranquilizá-la, queria que eu assumisse o atendimento. E, assim ocorreu.”
(Diário de Campo de Supervisão – grifos nossos)

Neste relato a supervisora descreve sua percepção de que a estudante queria realizar a atividade de trabalho, por isso “*estava animada com a experiência,*” pois este seria, seu primeiro dia de plantão “*sozinha.*”

“No dia de hoje, fiquei no plantão junto com outra estagiária. Esposo de [uma] paciente [que] procurou o plantão para saber o por que da visita para sua esposa ter sido suspensa por 24 horas. Ligamos na enfermaria e nos foi informado que [o] esposo desacatou médicos e enfermeiras e, até sua própria esposa. Enfermeira informou que foi lavrado B.O [boletim de ocorrência] e que este [o marido] estava na Superintendência do hospital. Solicitamos a presença de uma assistente social para conversar com esposo que estava, um pouco alterado. Enquanto a assistente social conversava com o esposo, eu e a estagiária fomos verificar as urgências e fomos até

a UTI, para verificar uma internação, mas a enfermeira nos informou que a paciente tinha ido à óbito uma hora antes de nossa chegada.”

(Diário de Campo da 5ª Estudante ? estagiária – grifos nossos)

No relato da estudante, há o registro do fato de modo superficial, não explicitando a angústia que cercara o momento da ação. Não explicita o medo que passou, nem que propôs não ficar na sala de entrevista em função de temer a agressividade do entrevistado. A ida imediata, das duas estudantes à UTI, foi uma escolha para livrarem-se do perigo, pois há no serviço, a indicação de que a entrevista, principalmente em UTI, seja um atendimento realizado mais centrado no estabelecimento do vínculo e da busca de acolhimento. O que significa dizer que para este atendimento seria mais indicado o uso de abordagem individual entre o profissional e o familiar, sendo contra-indicado um atendimento realizado por uma dupla de entrevistadoras.

O que se apreende é que diante da agressividade da qual se revestiu este atendimento, as estudantes ficaram amedrontadas, e se afastaram da sala de plantão conforme escreve no seu diário *“enquanto a assistente social conversava com esposo eu e a estagiária fomos verificar as urgências e fomos até a UTI, para verificar uma internação.”* Todavia, esta busca de se afastar do local do problema, não lhe permitiu um conforto frente a situação, pelo contrário, na UTI se defrontou com um fato capaz de mobilizar novamente a sua sensibilidade *“a enfermeira nos informou que a paciente tinha ido à óbito.”*

Quando nos referimos à situação de estágio há que se considerar esse caráter de aprendizado no qual se reveste a relação da estudante com as atividades de/no trabalho. A estudante se julga em condição de realizar a atividade, por outro lado, a complexidade da situação que se dá na situação face a face, muitas vezes, a surpreende porque demanda que ela busque além dos saberes disciplinares da profissão, também a capacidade de realizar gestão das situações²⁶⁶ que requer uma síntese de multiplicidade de elementos, difíceis de serem explorados, ordenados e verbalizados. A situação demanda um conjunto de conhecimentos que requer da estudante trabalhar a sinergia das equipes, estabelecer compromissos com os demais profissionais, tolerar a agressividade do doente e aprender a “desmontá-la” com um sorriso ou com uma pergunta que desvie do foco da discussão, ou,

²⁶⁶ Yves SCHWARTZ, *O ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 11.

as vezes com o silêncio. Mas para enfrentar tal situação é necessário ter uma capacidade de continência,²⁶⁷ para com aquela pessoa “desesperada” , antes de mais nada, é necessário o controle da angústia.

Na análise deste registro se apreende que as estudantes se desesperaram, colocaram em suspenso a tentativa de enfrentar a situação e foram fazer visita ao segundo andar, ou seja, foram para o andar mais distante do hospital. Não é usual que as estudantes “*entreguem o caso*” para o profissional, o comum é que queiram permanecer junto do assistente social para ver como se geriu o problema. Mas ante a agressividade do usuário, sair de perto foi sua escolha ou sua possibilidade.

A estudante sabe quando não está em condição de seguir um atendimento. Ela mesmo pede apoio ou orientação. Há que se observar que existe uma diferença importante entre o trabalho da assistente social e o da estudante-estagiária.

A estudante quando necessitar pode e deve ser, imediatamente, substituída no atendimento. Todavia ao profissional não é concedido esta prerrogativa. Na situação, citada anteriormente, a profissional não tinha a quem recorrer, ao ser chamada teria o dever de atender o usuário ainda que este estivesse agressivo. Teria que utilizar o patrimônio acumulado que possuía para gerir o problema. Na situação das estudantes, deve-se ter em mente que diante de um problema elas podem ou não estarem em condição de enfrentá-lo, elas somente farão o atendimento se este não implicar em nenhum risco para si ou para o usuário.

Situações de agressividade intensa ou de complexidade não são indicadas para atendimento de estudante. Exemplos de atendimentos contra indicados são as situações de perda de identidade civil, violência na família, tentativa de suicídio e agressividade na relação familiar com uso de força física. Todavia um plantão é sempre uma incógnita, nele tudo pode acontecer, exatamente como ocorre na vida, há sempre a possibilidade da dor e da morte. Com o passar do tempo a própria estudante começa solicitar para atender situações mais complexas que elas denominam com orgulho de terem atendido “*um caso complicado.*”

²⁶⁷ Remetemo-nos a um processo ativo em que se “*acolhe*”, “*transforma*” e “*devolve os conteúdos*” devidamente “*desintoxicados,*” significados e nomeados. Cf. ZIMERMAN, D. *op. cit.*, p. 109.

“Não sei se vou saber me expressar bem ao dizer que ‘as altas são na maioria das vezes sem algum problema’. Gostaria de ficar um pouco mais no plantão, mas não posso deixar as altas [simples] na mão. Mas estou adorando o que estou fazendo pois tenho oportunidade de observar o rosto de cada paciente que vai para casa e a satisfação que essas pessoas tem em saber que não estão sozinhas.”

(Diário de Campo da 5ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

No diário de campo da estudante de quarta série, registra uma observação que denota o conflito que a estudante está vivendo, e o faz sabendo que parecerá estranho, por isso afirma “*não sei se vou saber me expressar bem ao dizer*” e faz alusão a ambivalência que sente em si, de um lado, o desejo de fazer algo simples e explica que está “*adorando fazer a atividade de alta,*” de outro, por saber trata-se de atividade simples, afirma “*altas são na maioria das vezes sem algum problema,*” ou seja não se sente desafiada, por isso está “*adorando.*” Mas há um apelo interno para buscar o mais complexo representado pela expressão “*gostaria de ficar um pouco mais no plantão,*” que vem, imediatamente, seguido de um motivo para não fazê-lo, que se constitui uma desculpa, pois a estudante sabe que sua atividade de estágio requer atuar em outros trabalhos. Ameniza o fato de estar deixando de desempenhar suas atividades através da explicação “*mas não posso deixar as altas na mão.*”

Se, de um lado, temos a demonstração de uma sinergia que está se desenvolvendo entre a estudante e os demais profissionais do Serviço Social, de outro, há que se considerar que a continuidade desta situação tinha menos conteúdo de cooperação entre os profissionais e mais de afastamento de uma atividade que se mostrava amedrontadora para a estudante.

No limite, no encontro entre o conhecimento do/no trabalho, é freqüente durante a supervisão as estudantes solicitarem “orientações” de como encaminhar o atendimento, porém, ficam “ofendidas” quando a assistente social sugere que a estudante deixe, ao profissional, a continuidade do atendimento.

“Eu só fui pedir uma orientação e ela ficou com o atendimento, me disse que demora mais explicar, do que atender. Eu fiquei super chateada. Acho que ela pensa que a gente não é capaz de aprender. Nunca mais eu peço ajuda para ela”

(Diário de Campo da Supervisora ? Reclamação da 4ª Estudante, quando foi discutir uma situação com a assistente social de plantão, e esta assumiu o atendimento em seu lugar ? grifos nossos)

Uma leitura detalhada no diário de campo da estudante, nesta data, demonstra que este fato não foi apresentado no seu diário de campo, este seu lamento, foi um desabafo por

ter se sentido traída ao explicitar uma dúvida. A vivência da experiência do desempenho de supervisão de estágio tem nos mostrado que, para o diálogo entre supervisor e supervisionado se desenvolver, é preciso, uma franca demonstração de vontade de acolher a estudante nas suas inquietações. O desejo de assumir o atendimento, que às vezes toma conta do supervisor, deve ser contido e, discutido, seriamente, com a estudante, pois, caso contrário, ela se fecha em suas dúvidas, por temer uma desautorização.

Inspiramo-nos em Rosa,²⁶⁸ para discutir o depoimento anterior da estudante “*acho que ela [assistente social da equipe] pensa que a gente não é capaz de aprender.*” A expressão “*a gente*” remete ao coletivo, ou seja, à categoria estagiário, e não apenas a ela própria. Entende essa interferência, da profissional, como uma ofensa particular e coletiva, como um desrespeito a sua intenção de aprender.

Na expressão “*nunca mais eu peço ajuda para ela,*” a demonstração de que a ofensa se constituiu no não acolhimento de sua dúvida em função de uma justificativa mercantil expressa no argumento utilizado pela assistente social plantonista: “*me disse que demora mais explicar, do que atender.*” Nesta situação, o uso da temporalidade mercantil pela assistente social – tempo do relógio encobre um outro sentido – o da dificuldade de colocar em palavras o modo de agir, pela natureza diferenciada destes saberes. Transmitir esse conhecimento para a estudante se constitui uma verdadeira dificuldade, daí resulta a expressão “*demora mais explicar*” em contraposição a idéia de “*atender.*” Neste argumento, a assistente social, aparentemente, desconsidera o caráter pedagógico existente na função de supervisionar/ensinar. O que permanece encoberto é a dificuldade presente no ato de transmitir saberes nascidos da experiência.

*“Os saberes dos protagonistas se distribuem diferentemente, de maneira não linear, não disciplinar e estão ancorados nas histórias e situações concretas. Podemos avaliar, então, a extrema dificuldade do encontro destes dois campos, notadamente aquela de traduzir em palavras a experiência.”*²⁶⁹

Uma discussão sobre essa dificuldade de ensinar foi trazida no depoimento de uma das estudantes já formada há alguns anos.

“Eu acho muito difícil trabalhar com a equipe de assistentes sociais. É assim, é difícil...se aprende muito, mas é difícil! Mas a maior parte delas sabem muito, mas eu

²⁶⁸ Maria Inês ROSA, Trabalho ? nova modalidade de uso de si e educação: debates/confrontos de valores, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 55.

²⁶⁹ Yves SCHWARTZ, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) :13.

não vou dizer que não querem saber passar o que sabem. Elas não sabem passar, então isso, nos parece que elas não querem, na verdade elas não sabem, que elas tem medo de mostrar o que sabem. Então é complicado, é muito complicado. E muitas vezes a gente tem até a visão de que ela não gosta de mim, ou ela não quer me ensinar, ou ela tem raiva ...Mas não é assim elas não sabem mostrar. Na verdade nós temos uma grande dificuldade de falar o que a gente sabe, o que a gente gosta, mesmo de lembrar, de repente, o passado, de lembrar experiências, e isso acontece realmente com a as pessoas.”

(Depoimento da 6ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Nestas duas situações, constata-se que esta dificuldade em colocar em palavras esses saberes da experiência acaba se constituindo numa fonte de desentendimento entre estudantes e assistentes sociais e cria obstáculos ao desenvolvimento de um trabalho sinérgico pautado na cooperação. Na área da saúde, tal qual nas indústrias de processo citada por Schwartz²⁷⁰ a cooperação entre a equipe se revela como um fator importante para a realização do trabalho ? fato que discutiremos no capítulo 3. Segundo o autor, a produtividade das instalações depende, diretamente, da qualidade das relações de cooperação da equipe. Porém a cooperação não pode ser prescrita por ninguém, uma vez que depende do entendimento que se instaura ou não em seu meio. Concordamos com Schwartz que essa variável não “técnica” tem um papel importante sobre o técnico.²⁷¹ Entender a natureza deste saberes pode vir a contribuir para diminuir as dificuldades envolvidas no processo da difícil articulação entre formação e trabalho.²⁷²

Está sempre presente, na relação de ensino através do trabalho, a necessidade de supervisão, discussão, orientação, cuja chave para a realização se baseia no diálogo. Porém, as dificuldades para a instauração deste reside na necessidade de entender as temporalidades presentes no momento, na relação com o usuário, que se dá na vigência da temporalidade ergológica e a da vida, enquanto que entre as equipes se instaura a temporalidade ergológica, a da vida e a mercantil. Diversos olhares centrados na premência de realizar, o que constitui o que Duraffourg denominou de “*um apelo à ação.*”²⁷³

Um dos motivos que levaram as estudantes a buscarem supervisão durante a realização das atividades de trabalho deu-se em função da presença de desafios para gerir

²⁷⁰ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 38.

²⁷¹ *Ibid.*, p.38.

²⁷² IDEM, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 13.

²⁷³ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego e Desenvolvimento Tecnológico: Brasil no Contexto Internacional*, p. 125.

as infidelidades do meio na realização das competências industriais.²⁷⁴ Nesta fase, tratava-se não apenas da discussão do uso de protocolos experimentais, porém, o que se discutia eram as formas de lidar com o acúmulo de interfaces que a situação se lhes apresentavam revelando singularidades, variabilidades combinada com historicidades de toda natureza.²⁷⁵

*“O segundo ingrediente da competência industrial situa-se, por sua vez, num pólo oposto. Dizíamos acima (§ 4) que toda atividade de trabalho, por um lado analisável como um seguimento de um protocolo de experimentação era sempre também em parte, experiência ou encontro. O que também chamamos de Registro 2 ou dimensão “experimental” nos parece ser uma característica universal de todo processo ergológico: não existe situação de atividade que não seja afetada pela infiltração do histórico no protocolo. Isto requer uma forma de competência ajustada ao tratamento desta infiltração, tratamento por definição nunca padrão e, que por isso mesmo, reforça a contingência da situação.”*²⁷⁶

No atendimento, as estudantes vivem o desafio do encontro com a variabilidade de histórias singulares no qual precisam fazer combinações parcialmente inéditas entre normas antecedentes²⁷⁷ (normas da instituição, normas acadêmicas do estágio) e a situação concreta que se constitui uma história própria, nunca idêntica a qualquer outra. Essa provocação do meio,²⁷⁸ explicitado através da variabilidade das situações, lhes convocam a um uso diferente de si adequado para cada nova situação da prática.

*“Essa ressingularização em relação às normas antecedentes marca de modo permanente todos os elementos da atividade. E ser competente, num sentido muito diferente do primeiro ingrediente equivale a ter se ‘imbuído,’ num grau mais ou menos forte, desta historicidade que a dimensão conceitual, pelo menos num primeiro tempo, ignora. ‘saber,’ ‘saber-fazer,’ conhecimento? Estas distinções não nos parecem, aqui muito relevantes. Mais pertinente parece-nos ser a capacidade para tomar decisões, para arbitrar, levando essas ‘conjunturas’ em conta.”*²⁷⁹

A ressingularização em relação às normas antecedentes que está presente em toda atividade faz com que as estudantes constituam novas formas de saberes que serão aplicados à outras situações, segundo Schwartz, “é uma forma específica de armazenamento na forma de saber, tendo até medidas em comum com o ingrediente 1, mas

²⁷⁴ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência*: um exercício necessário para uma questão insolúvel, p. 10.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 10.

²⁷⁶ *Ibid.*, p. 10 (grifos do autor)

²⁷⁷ *Ibid.*, p. 10.

²⁷⁸ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 159.

²⁷⁹ Yves SCHWARTZ, *op. cit.*, p. 10. (grifos nossos)

que tende a alimentar-se a partir do diálogo com o meio particular de vida e de trabalho.”²⁸⁰

“Evocaremos, de memória, numerosos trabalhos originalmente concentrados nos setores industriais e, hoje em dia, estendidos a todos os setores de atividade, que exploraram as fontes de variabilidade: estas fazem de toda situação de trabalho, numa escala ínfima ou visível, uma combinação parcialmente inédita entre norma antecedentes (manuais e instruções técnicas, regras gerenciais, organizacionais, prescrições, diretrizes, procedimentos, etc... cf. § 4) e materiais, objetos técnicos, entidades coletivas, cada qual com sua história própria e cujo encontro, constituindo-se uma situação nunca idêntica a outra qualquer, produz e reproduz a história de modo incessante.”²⁸¹

Essas novas situações vão funcionar como patrimônio acumulado que Schwartz denomina competência do histórico.²⁸² A respeito das competências práticas o autor cita Alain Wisner que afirma que estas “*‘são difíceis de serem verbalizadas ou transmitidas’ porque adquiridas a partir da experiência histórica e da duração.*”²⁸³

Nas atividades que as estudantes realizam dá-se o encontro entre saberes formalizados (os protocolos) e a experiência (força de convocação e reconvocação). Na experiência as estudantes fazem um uso industrioso de si, neste encontro entre experiência e conhecimento realizam sua atividade ergológica situadas entre o pólo 1 ou registro I ? pólo dos conceitos tais como conhecimentos dos códigos da profissão, do corpo humano, do direito, do mercado, do sistema de saúde, sobre comunicação e o pólo 2 ou registro II ? que são os pólos de saberes gerados na atividade e o terceiro pólo que articula o dever ser e o ideal do trabalho que cada um possui em si.

“Como de rotina faço os levantamentos dos pacientes de internação de urgência. Realizo visita a cada um em seus leitos, confiro seus dados pessoais, ouço qual é o motivo da internação e sua história de vida, na maioria dos casos, o paciente possui problemática familiar. (...) São com essas informações que descobrirei se ele é ou não vítima de alguma violência, que necessidades de recursos utilizarão para si como benefício. A maioria dos pacientes desconhecem seus direitos, muitos são vítimas de acidente [de trânsito] e não sabem do D.P.V.A.T²⁸⁴”

(Diário de Campo da 7ª Estudante – estagiária – grifos nossos)

²⁸⁰ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 12 (grifos do autor)

²⁸¹ *Ibid.*, p. 10. (grifos nossos)

²⁸² *Ibid.*, p. 11.

²⁸³ *Ibid.*, p. 11.

²⁸⁴ D.P.V.A.T ? Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, conhecido como Seguro Obrigatório, a lei que o instituiu dispõe que todas as vítimas de acidente de trânsito tem direito a receber a sua indenização, nos casos de morte ou seqüela, e direito ao ressarcimento das despesas médicas e hospitalares quando houver atendimento em hospital privado.

Apesar da estudante ter utilizado a palavra “*rotina*” neste registro é perceptível que ela busca no seu dia a dia cumprir um protocolo mas não o faz só por fazê-lo, há na sua realização um ideal de trabalho²⁸⁵ que a faz perseverar, revelado na expressão “*são com essas informações que descobrirei se ele é ou não vítima de alguma violência, que necessidades de recursos utilizarão para si como benefício*” e, em seguida, já expõe a razão deste fazer que se constitui na busca de realização de um *dever ser*²⁸⁶ que está explicitado na expressão “*a maioria dos pacientes desconhecem seus direitos, muitos são vítimas de acidente e não sabem.*”

Há um compromisso profissional, um *dever ser*, que se inscreve nesta atividade que requer uma apreensão e intimidade com a legislação, um conhecimento e compreensão das freqüentes modificações das legislações e no funcionamento dos recursos sociais. Para inteirar-se deles a estudante é desafiada o tempo todo, uma vez que ao adquirir este conhecimento lhe permite ampliar a compreensão e lhe dá a possibilidade de compartilhar esse seu saber de modo contínuo e ampliado nos atendimentos que realiza diariamente.

Os conteúdos apreendidos nos diversos atendimentos são trazidos no diário com o intuito de demonstrar a compreensão dos critérios de inclusão e exclusão em que medida eles se aplicam aos atendimentos que realizam. Conforme afirma Schwartz, “*à medida que aumentam as dimensão gestonária do trabalho, as situações face a face e as interfaces de toda natureza, elas trarão consigo a proliferação de outras formas de competência.*”²⁸⁷

“...Diante de tal colocação percebemos que não daria para ser classificado como acidente de trabalho, pois além de não ser registrado, era prestador de serviços de categoria de trabalhador rural.. Visto não tratar-se de AT (Acidente de Trabalho) procuramos verificar a possibilidade de requerimento de auxílio doença (...) Mas infelizmente não fazia jus ao benefício, pois trabalhou registrado durante três anos, e fazia mais de 6 anos sem registro, portanto tempo de carência estava prescrito. Informou-nos que sua esposa não trabalha e que recebeu auxílio maternidade através da documentação do paciente através do Sindicato. Diante dessas informações concluímos que se a esposa faria jus a um benefício que depende de contribuições previdenciárias, deveria existir nesta história dados que não se fizeram presentes no relato do usuário, os quais poderiam ser fundamentais ao nosso conhecimento, para estarmos encaminhando-o para as providências cabíveis.... Retornamos nossa investigação quando descobrimos que sua patologia era decorrente da prática do trabalho no qual era registrado na época. O mesmo possuía documentação.(...)A

²⁸⁵ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 36.

²⁸⁶ Maria Inês ROSA, *Trabalho, subjetividade e poder*, passim.

²⁸⁷ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 9.

família entrou em contato conosco alguns dias depois e nos informou que já tinham procurado se informar e que já haviam iniciado o processo para a solicitação do recurso, ou seja, do benefício.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Apresentamos este registro do diário no qual a estudante atendeu a um usuário trabalhador rural vítima de acidente de trabalho, cuja dificuldade para identificar direito a algum benefício, não se constituiu um motivo capaz de fazê-la desistir. Antes houve uma perseverança da estudante explicitada através do uso da expressão “*retornamos nossa investigação*” e do uso do verbo “descobrir”, quando finalmente, identifica um direito a ser requerido. Na expressão “*infelizmente*” a demonstração de um desejo não atingido de quem busca algo, que ao final se delineia de modo explícito, o da busca de situar o paciente como cidadão, o bem comum, o valor sem dimensão na aprendizagem/formação da estagiária pela atividade do trabalho. E para conseguí-lo precisou realizar um itinerário que levou-a a transitar entre saberes disciplinares do direito previdenciário, prazos de inclusão e exclusão ao direito, legislação trabalhista e conhecimento de doenças ocupacionais e coaduná-los com os saberes da prática, uma vez que a informação do usuário poderia levá-la a supor o não direito. Este itinerário, específico do ingrediente 3, demanda uma familiaridade e um trânsito entre os ingredientes 1 e ingrediente 2 descritos por Schwartz.

“...entre o tratamento mecânico e a instauração de uma dialética inteligente, existe todo um leque de possíveis, e que os ingredientes 1 e 2 são necessários mas não bastam, pois instaurar essa dialética é um verdadeiro trabalho, um exigente “uso de si por si,” um reajustamento indefinido, uma vigilância sensorial, relacional e intelectual que não tem mais outro termo a não ser a própria história, essa história que remodifica as normas, as regras, os procedimentos, aprofunda os saberes, e oferece de volta indivíduos sempre ressingularizados pela vida.”²⁸⁸

As estudantes passam a valorizar a ampliação de suas competências humanas industriais a partir do que vêm em si mesmas e se dão conta que as dificuldades lhes ensinam, e em função disto passam a exigir uma ampliação de suas responsabilidades.

“Esta semana apareceu na enfermaria na qual estagio o primeiro caso de desconhecido atendido por mim. Conforme orientação, peguei protocolo de desconhecido, anexeï a ficha de internação do paciente. Preenchi o que foi possível do protocolo, busquei mais informações no prontuário do paciente a qual descobri que fôra encaminhado do PS [Pronto Socorro] de um bairro. Imediatamente realizei contato no Pronto Socorro e obtive um nome como referência. Através do nome

²⁸⁸ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 16. (grifos nossos)

cheguei a novos dados me indicando o endereço da paciente. Solicitei através do Serviço Social da SAR [Secretaria de Ação Regional de Campinas] que localizassem os familiares e enviassem ao HC. Após contato no SAR, a enfermaria recebeu um telefonema, alguém que se identificava como filha do paciente solicitava informação do mesmo. Em uma hora ela chegou ao HC e reconheceu a paciente.”

(Diário de Campo da 7ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

No registro do diário afirma ser seu primeiro caso de doente desconhecido.²⁸⁹ No hospital, por definição, esta atividade não é realizada por estudante, dada a complexidade e o nível de responsabilidade que a envolve. Contudo, se observa no relato da estudante que há uma expectativa sua na direção deste atendimento ocasião em que busca demonstrar já possuir familiaridade na interlocução com os diversos recursos descritos no atendimento.

Nos terceiros e quartos semestres as estudantes estão preocupadas com os resultados de suas ações, fato que se apreende através da preocupação em explicitar o tempo gasto para a chegada da família “*em uma hora ela chegou ao HC e reconheceu a paciente*”. Uma leitura atenta dos diários revela esse fato que poderia conduzir o leitor a impressão de que há sempre correção na forma do atendimento e êxito nos resultados. O que não seria verdadeiro, há muitas situações no dia a dia no qual os resultados não são satisfatórios. O que este fato revela?

A realização da atividade do registro do diário de campo requer da estudante o exercício de transitar de um código, o vivido, para outro código, o escrito. A elaboração do registro escrito requer uma reflexão sobre as atividades realizadas e exige da estudante um distanciamento entre o momento da ação e o da escrita. O registro revela uma intencionalidade no conteúdo: a de demonstrar os saberes disciplinares e da prática que a estudante tem desenvolvido. Há espaço para as dúvidas e o não saber? cremos que sim, porém estas se explicitam no âmbito do privado, na relação supervisora – supervisionada e em outros espaços.

No diário passam a descrever as atividades realizadas com mais riqueza de detalhes que no ano anterior. É a própria atividade ergológica que as instrumentalizam e fundamentam o uso que fazem de si.

²⁸⁹ Atendimento realizado quando dá entrada na internação doente com perda de identidade civil, o que desencadeia imediato levantamento de informações para viabilizar a sua identificação.

“...este ingrediente não pode por definição ser ensinado, verbalizado nem avaliado segundo um modo de concordância com a disciplina, ou até mesmo ascense das conexões conceituais próprias do primeiro ingrediente.”²⁹⁰

As estudantes demonstram mais segurança no atendimento e ampliam as perguntas para a supervisora de campo. Exigem, continuamente, o direito de fazer plantão de atendimento e reclamam se não tiverem seu nome na escala semanal. Este fato vê-se refletido nos seus registros no diário de campo, os quais passam a relatar casos de complexidade, sendo que preocupam-se quando não atendem situações diversificadas. Trata-se de um manejo diferente da “dificuldade,” há um sentido para se enfrentar esta dificuldade que se mostra para elas como capaz de ampliar seus saberes.

“É claro que, por ser difícil explicar o que se faz, não se deve, em hipótese alguma, inferir não haver regras implícitas, atividades conceituais, conhecimentos acompanhados de escolhas e gestões de situações.”²⁹¹

Acreditamos ser possível supor que, nesta etapa, as estudantes tenham se apercebido que os saberes da prática são decorrência da experiência e na procura de ampliar o aprendizado, passem a buscar através do aumento dos desafios maior acesso ao conhecimento.

No contato com o profissional nos primeiros e segundos semestres, as estudantes preocupam-se com o relatório do agente financeiro FAEP. Umas requeriam freqüentes supervisões para sua elaboração, outras adiam a tarefa de elaborar o relatório mediante o argumento de que estão com muitas atividades. Porém, estas se desesperam quando da aproximação do prazo final e requerem freqüentes e insistentes orientações para a execução do relatório. Todavia, no diário de campo só localizamos três registros sobre este tema.

“Esta semana fiz meu estágio na enfermaria mas não realizei grupos de internação. Como é a última semana para o relatório da FAEP, me dediquei totalmente a ele. A assistente social [nomeia-nos] me deu as últimas orientações sobre o relatório, fizemos a avaliação do ano, a qual será entregue na faculdade e renovamos o contrato da FAEP para o ano xx, com início em 02/02/xx. Conversamos sobre o meu crescimento profissional sobre as expectativas do próximo ano”
(Diário de Campo da 4ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

²⁹⁰ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 11.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 11.

*“Ah! Todo ano (risada) que eu ia fazer aquele relatório. nossa!!! Quando eu começava a fazer, de lá para frente, eram folhas e mais folhas, gastava mais de quinhentas folhas só para FAEP, o primeiro eu cheguei a jogar “inteirinho” fora.
(Depoimento da 4ª Estudante? estagiária)*

*“De acordo com as orientações foi finalizado o relatório.”
(Diário de Campo da 7ª Estudante ? estagiária)*

Curiosamente nos diários de campo não apareceu nenhum registro desta ansiedade. O relatório FAEP é apenas citado no diário de forma lacônica conforme descrito no registro anteriormente citado. Neste período, os registros nos diários permanecem contínuos e descrevendo a atividade diária. Nos terceiros e quartos semestres de estágio a preocupação se desloca para o Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) como pode ser apreendido no depoimento da estudante.

*“[Relatório FAEP]Olha,(silêncio) preocupava! Quando chegou a época de fazer [Relatório FAEP], aquela coisa do medo. Eu acho que não foi uma coisa que nem o TCC. E acho, que nem o TCC é aquilo que o pessoal fala tanto. A gente vê o pessoal se formando e com o “cabelinho em pé”. A gente passa a ter medo até da palavra TCC. E daí, a gente já sofria antecipadamente, sem saber o que era, entrou no quarto ano, já entra com os cabelinhos em pé, pensando no TCC.”
(Depoimento da 2ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)*

Neste depoimento, fica explícita a preocupação com a elaboração do trabalho de conclusão de curso, instrumento decisivo para o recebimento do grau de assistente social. O medo a que se refere a estudante parece resultar da dificuldade de transpor uma experiência tão vasta do vivido para o código escrito o que demanda da estudante transitar entre os saberes do pólo disciplinar e os da experiência e dos valores.

2.2. Silêncio e sentidos

Ao analisarmos os conteúdos dos diários de campo observamos, até aqui, que esta experiência discutiu algumas problemáticas concretas de saúde, todavia a questão da doença não aparece de forma explícita. É como se a doença estivesse presente, todavia fosse uma presença silenciada, sobre a qual pouco se escreve ou se verbaliza. Todavia, esse silêncio revela um dilema, pois a doença antes de tornar-se pano de fundo se constitui na maior presença no dia a dia, uma vez que as atividades de trabalho das estudantes realizaram-se num meio profundamente marcado pela doença e através dela pelo “objeto” vida/morte.

O meio no qual trabalharam ? enfermagem do hospital universitário ? possibilitou às estudantes convivência continuada com situações marcadas pelo “objeto” vida/morte. A reação humana à provocação do meio é diversificada, uma vez que o homem pode apresentar várias soluções para um problema colocado pelo meio.²⁹²

Se a doença, dor e morte fazem parte inalienável do serviço de saúde é, no mínimo, curioso que tenhamos constatado que quando um atendimento lhes causa estranheza elas, as estudantes, se preocupam em relatá-los, detalhadamente, contudo não o fazem nas situações de risco de vida iminente. Nestas situações, apenas falam das providências, dos contatos realizados e citam as micro?gestões²⁹³ que a situação demandou.

Nos diários localizamos descrições dos modelos de saúde pública e dos níveis de intervenção neste campo de atividade, todavia nem sempre o doente, sujeito concreto, apareceu de forma explícita no relato. Esse silêncio nos levou a várias (re)leituras do material. O que encontramos foi, geralmente, um silêncio acerca da doença, poucas vezes falavam, explicitamente, da doença e de suas seqüelas e quando o faziam, apresentavam-na sob a forma de prescrição.

“Enfermarias de urgência exigem o contato com os familiares, devido a impossibilidade de contato com o usuário. Pontos importantes: Como trabalhar junto com a família a questão da ‘morte.’”

(Diário de Campo da 2ª Estudante? estagiária)

Entendemos que essa escolha revela um duplo sentido. Primeiro o fato das estudantes estarem vivendo na sua temporalidade ergológica o aprendizado do pólo 1, ou seja, os saberes conceituais, e segundo, ao mesmo tempo que se defrontavam com os saberes do pólo 2.

Essa experiência do encontro com sujeitos concretos lhes demandam um certo uso de si. No nosso entender, a atividade ergológica do pólo 1 por requerer um *descentramento*²⁹⁴ levaram-nas a sofrerem os efeitos do meio, todavia permaneceram atentas ao pólo 1 ou registro I. Fato expresso nos diários de campo através do registro de

²⁹² Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 212.

²⁹³ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência*: um exercício necessário para uma questão insolúvel, *passim*.

²⁹⁴ *Ibid.*, p. 8.

fragmentos da história do serviço, dos esquemas de financiamento do sistema de saúde e de termos técnicos e médicos de uso frequentes no hospital.

Outro fator identificado, nos diários de campo, capaz de nos revelar que havia algo que não estava sendo dito, deu-se em função do fato de que duas estudantes, durante todo o tempo do estágio, terem decorado o caderno com figurinhas coloridas, sempre alegres e muito festivas. O que a alegria das figurinhas revelava ou encobria?

Procurávamos entender a causa do não registro da questão da doença nos diários, uma vez que esta somente aparecia de forma indireta na indicação da causa da internação e não como vivência singular do doente. Todavia percebia-se que o cuidado era realizado em conformidade com as histórias singulares dos usuários e famílias.

Como se deu a identificação deste silêncio? Os diários de campo não o revelam somente através da escrita. Além do texto há que se estar atento ao conjunto do que nele se encontra explicitado. Analisando-os, deparamo-nos com o não escrito, ou seja o espaço em branco. Como ele se nos apresentou?

O registro no diário de campo de uma estudante se constituiu um importante indício de que havia algo a ser dito, e que ainda não havia sido explicitado. Esta estudante passou dias e dias registrando somente a data, escrevendo o cumprimento “*bom dia!*” sem nada mais escrever. Nos outros dias além da data e cumprimento acrescentava:

“*Bom dia!*”

O dia de hoje foi calmo, sem nenhum problema em relação à entrevista.”

(Diário de Campo da 5ª Estudante? estagiária)

“*No dia de hoje não teve nenhum movimento e as abordagens foram poucas sem dúvidas.”*

(Diário de Campo da 5ª Estudante ? estagiária)

Durante o primeiro ano de estágio ela permaneceu registrando duas ou três linhas, uma vez que cada dia era registrado em uma folha, seu diário consistia de uma grande quantidade de espaços em branco. Teve dias que só colocou a data e nada escreveu. Foi a única estudante que apresentou este comportamento. Ao ler o diário de campo restava-nos uma lacuna a iluminar, qual o motivo deste tipo de registro tão sucinto e às vezes até inexistente?

A supervisora de campo e a professora supervisora não tinham condição de ter acesso ao que escrevia. Porém ela era vista trabalhando, jamais faltou. Contudo, no atendimento não realizava o próprio trabalho. Na tentativa de superar essas dificuldades de realizar suas atividades de trabalho aconteceram inúmeras supervisões uma vez que a não realização de seu trabalho comprometia a sua formação e a elaboração do relatório para o agente financeiro. Foi no depoimento que acabou surgindo a resposta a esta nossa indagação sobre a causa de ter passado a atender altas, ainda que esta não fosse a sua atividade.

“Eu acho que a hora mais gostosa do assistente social ir falar com ele [o paciente], é a hora que ele está de alta, você vai falar que ele vai embora para casa porque você sabe que se ele está indo dali, ele não está ruim como chegou, está indo porque o quadro está melhorando, então ele está mais animado também porque vai embora.”
(Depoimento da 5ª Estudante ? estagiária)

A vivência em hospital revela a incongruência dessa afirmação descrita pela estudante a de que o doente “*está indo porque o quadro está melhorando.*” São muitas as vezes que ele vai para casa porque não há o que fazer no hospital e nestas situações também se denomina “alta”. Ou seja, para poder continuar a trabalhar neste ambiente de doença, dor, morte, ela atribuiu a alta uma visão otimista, e não confrontou esta sua “impressão” com a realidade, ou seja, a de que, às vezes, ir para casa se constitui num desalento, pois revela a inexistência de outras alternativas de tratamento.

Era perceptível a luta que travava consigo mesma para permanecer no trabalho, foi muito lento o processo de aproximação do atendimento aos doentes. Porém, nunca propôs encerramento do estágio, pelo contrário no seu depoimento revelou que deixara um emprego para dedicar-se ao estágio no hospital.

“(...) na época quando eu estava para sair de lá [trabalho anterior] eu fiquei pensando: saio, não saio; saio, não saio. Mas eu falei: Mãe, se eu estou fazendo faculdade é para alguma coisa, eu vou me dedicar aquilo que eu estou fazendo, tá? (...) E não dá para ficar em dois lugares. (...) Eu falei prefiro sair e me dedicar ao campo que eu vou, ... aonde eu estou fazendo a minha Faculdade.”
(Depoimento da 5ª Estudante? estagiária)

No seu depoimento, começam a surgir os sentidos do que não estava escrito, revelando o monólogo consigo, as dúvidas que a consumiam, as convocações a si, ao seu ser, ao “corpo?si” naqueles dias e que a levava todas as manhãs a “*se desejar um bom dia*”, bem-estar que não conseguia encontrar. Entendemos como Orlandi que o silêncio,

não é ausência de palavra, mas sim uma busca de sentidos, dos muitos sentidos, nesta medida ele não é interpretável mas compreensível.²⁹⁵

“Foi muito sofrido. Ah! (silêncio) Eu falo: foi uma experiência boa? Foi! Mas eu não sei se eu voltaria fazer [estágio] em hospital. Porque eu acho que (...)eu acho que a pessoa tem que ter “sangue frio” entre aspas para tratar com o problema dos outros, e, (silêncio) eu não consigo. Porque eu me dou demais. Eu coloco, (silêncio) eu começo as vezes a “somatizar”²⁹⁶ aquele problema da pessoa para mim. Então, vamos dizer, eu quero resolver o problema dela. Então, eu entro com tudo para fazer aquilo. E aí eu acabo também sofrendo, me machucando porque as vezes não consigo, não dá certo. E... eu... mexer com a vida é uma coisa que (Pausa). Eu não sei se eu não estou preparada...mas é uma coisa que eu não gosto de pensar, que eu estou cuidando, eu estou vendo uma pessoa hoje, e amanhã eu, chego lá e aquela pessoa morreu! Então, eu não estou preparada para esse tipo de coisa ainda. Mas, é um campo muito bonito, mas é o que eu digo, eu não sei se eu voltaria não.

(Depoimento da 5ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

O silêncio dos diários revelam um sentido o de permitir outros sentidos.²⁹⁷ Pensamos que esse silêncio é fundante,²⁹⁸ uma vez que ele não é apenas um acidente que intervém ocasionalmente, ele é necessário à significação. O trabalho das estudantes dava-se na relação direta ou indireta com o usuário/doente e isto se configurou como um desafio/dilema de trabalhar em um meio novo face às dificuldades na convivência diária e continuada com a dor e a morte que lhes lembravam de sua própria finitude.

“Sim a realidade hospitalar. Deparar – e não foi nem a questão do limite assim quanto à questão da faculdade – foi realmente a população. É se deparar é.... (silêncio) com, um... doentes, estar próximo à morte. Acho que a área de saúde ela traz muito isso, eu tenho muita dificuldade, foi assim uma vitória eu ter superado e porque eu fui persistente mesmo não é? Procurava estar sempre trabalhando isso comigo, mas isso foi muito difícil. Chegou ao ponto de eu pensar em desistir diante dessa dificuldade que eu tive que estar enfrentando essa coisa de lidar com a doença, com a morte, com deformidades e uma série de coisas.”

(Depoimento da 1ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Ao nomear a “*realidade hospitalar*” a estudante está se referindo a presença do desafio do trabalho com o doente, na reiteração do “*com*”, “*com*” a dificuldade de colocar em palavras algo que o profissional evita dizer, neste caso falar sobre o doente e a sua doença. Também pontua a dificuldade do trabalho com o portador de deformidade e a morte em si. No início da frase evita falar destas dificuldades nomeando-as à princípio definindo como a “*realmente a população*”, que mais adiante ela delimita como sendo

²⁹⁵ Eni P. ORLANDI, *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*, p. 51.

²⁹⁶ Cf. ZIMERMAN, David, *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*, p. 249.

²⁹⁷ Eni P. ORLANDI, *As formas do Silêncio: no movimento dos sentidos*, *passim*.

²⁹⁸ *Ibid.*, p. 14.

“estar enfrentando essa coisa de lidar com a doença, com a morte, com deformidades e uma série de coisas.” Neste caso já não se trata da dificuldade de lidar com a população, mas, com um certo tipo de população: população doente, à beira da morte, portadora de deformidades.

Em nosso estudo, a princípio, não tínhamos pensado em discutir a deformidade, pois esta não foi apontada no estudo de Pitta²⁹⁹ como dificuldade para o profissional da saúde. Entretanto, surpreendeu-nos como este fator foi unanimemente, descrito como angustiante pelas estudantes.

“É difícil olhar para uma pessoa como se ela fosse uma pessoa igual às outras, quando ela tem uma deformidade muito acentuada. Isso nos choca. Quando a gente conversa a gente se relaciona com a pessoa através de uma imagem. Nestes casos a imagem está muito deformada e o que se vê não é a pessoa mas a deformidade. Com o tempo aprendi a olhar para ela e tentar buscar a fala e o olhar e ver neles a sua essência para ela se sentir acolhida e igual a você. A partir de então ela já não era mais para mim uma imagem, mas sim um nome, uma pessoa com uma história particular: o que ela foi e o que ela será. O que restava era sua essência e era com essa essência que eu buscava me vincular e assim foi possível realizar meu trabalho e aprendi dirigir meu olhar e ver a pessoa e não a aparência.”

(Depoimento da Estudante ? 3ª estagiária ? grifos nossos)

Neste depoimento, a estudante que trabalhava com a família de doentes em fase terminal e, muitos deles, dependentes, apresenta sua percepção da dificuldade criada no atendimento face a face a deformidade. No seu relato revela que a experiência no atendimento vai se constituindo num “corpo?si”, capaz de lidar com as dificuldades que atingem a sensibilidade de quem realiza o cuidado. É a própria atividade ergológica se dando nesta manifestação dos usos que faz de si e na forma de encarar a atividade concreta.

“Era a morte ou, por exemplo, casos de dependência que a pessoa ia ficar seqüelada, até por ver ,acho que, o sofrimento do paciente, da família também. Mas eu acho que a morte em alguns casos de seqüela que sabia que ia ficar para o resto da vida aí é fogo.! Aí a gente pensa antes tivesse morrido não é? Do que ficar numa situação assim, para pessoa, para o paciente e para a família também. Acho que esses dois lados: eu não sei dizer se a morte “pegava” mais, é que para a família era duro porque aquela coisa de perda, em relação à morte, de aceitação. Mas algumas [famílias] até concordavam que era melhor morrer, do que ficar naquela situação.”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária – grifos nossos)

²⁹⁹ Ana PITTA, *Hospital dor e morte como ofício*, p 19, no qual a autora situa como fonte de sofrimento o objeto do trabalho, a dor, sofrimento e a morte do outro e as formas de organização deste trabalho essencial e diuturno.

Esta estudante sempre trabalhou com famílias de doentes graves e dependentes. Nestas circunstâncias era freqüente conviver com o desespero dos parentes face a dependência intensa do doente. Nestas situações, as famílias expressavam o profundo desagrado de levá-los para casa. Daí decorre a comparação realizada pela estudante entre viver com uma grave seqüela e morrer expressa através da expressão “*algumas[famílias] até concordavam que era melhor morrer, do que ficar naquela situação.*”

O doente se torna anormal não por ausência de norma, conforme assinala Canguilhem, mas porque se torna incapaz de responder às exigências de um meio novo, uma vez que em função da limitação acarretada pela doença ele só pode admitir a existência de uma norma, não o podendo, torna-se incapaz de ser normativo, assim sendo só pode sobreviver em um meio protegido.³⁰⁰ Neste modo de pensar a vida como uma polaridade, o autor situa a essência da relação entre normal?anormal não como uma relação de contradição ou de exterioridade, mas sim, de inversão e de polaridade. À medida que o doente se torna incapaz de responder as exigências do meio, à família compete criar esse meio protegido, indispensável para que o doente permaneça vivo. Isso implica em renormalizações em revisão do ritmo e do tipo de vida de toda a família.

Esta estudante apresentou sua forma singular de lidar com a angústia provocada na experiência de convivência diária no ambiente hospitalar. Ela conseguiu demarcar uma diferença importante para o fato de ter conseguido enfrentar essa dificuldade de conviver com a doença e sofrimento. Fato que não esteve presente no relato da 5ª Estudante.

“No ônibus as minhas mãos transpiravam ao ponto de cair assim o suor quando estava chegando perto do HC, transpirava, transpirava demais, Nossa! E sem contar também que no início eu saía daqui super tensa. Parecia que eu tinha um caminhão e, não conseguia desligar, tudo o que passava no dia eu deitava e tentava esquecer. Eu tenho que deixar lá! Eu tenho que deixar lá. Mas vinha junto. Foi superado com o tempo. Mas no início eu levava comigo, não tinha como tirar.” (...) “eu acho que chegou ao terceiro ano eu precisei ficar dura, insensível (silêncio) É? Ou tentei vedar. Ou se era mecanismo de defesa durante um ano para terminar aquele ano de campo de estágio. Mas não perdi a sensibilidade. Porque hoje o que eu vivi aqui, eu trago comigo. Quando eu comecei a valorizar as pequenas coisa, eu acho que estas pequenas coisas foi tudo adquirido aqui dentro não é? É a questão de estar atento, é estar mais sensível.”

(Depoimento da 1ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

³⁰⁰ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 148.

A 1ª Estudante tentou descrever esse auto-controle diante da dor e ficou difícil expressá-lo por isso descreveu-o através da expressão “*eu precisei ficar dura, insensível*”, buscando erguer uma couraça para protegê-la. Porém ao observar a sequência do depoimento verifica-se que ela própria não concordou com esta definição por isso se segue a pergunta “*É?*” e conclui que foi uma tentativa de “*vedar*” na qual revela que alteração deu-se na esfera de um controle interno que a modificação dentro de si revelada na expressão “*aqui dentro.*” Ao final declinou que a mudança deu-se na esfera dos valores presente na expressão de que teria passado a “*valorizar as pequenas coisas*” que permitiu-lhe, ao contrário da insensibilidade proposta no início do depoimento, levou-a a tornar-se uma pessoa “*atenta*” e “*mais sensível.*” Ao término do depoimento define que a mudança permiti-lhe não deixar-se “*tocar tanto.*”

“(...) foi um exemplo de um caso que me marcou bastante. Então por este eu chorei bastante também. (sorriso). Também não é aquela coisa de sofrimento constante, senão acho que a gente “pira” não é? Já pensou no final de semana vem para casa (sorriso) deprimida!!!”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

As três estudantes revelaram formas diferentes de manejar essa vivência cotidiana, repleta de muita dor pelo “objeto” vida/morte que as sensibilizava. Todavia, a forma de encarar o sofrimento deu-se conforme seus possíveis singulares. Os depoimentos das 2ª, 1ª e 5ª Estudantes, respectivamente, revelam a singularidade no trato da experiência entre a percepção da dor. A 2ª estudante afirma que “chorava secretamente” nas situações mais difíceis e descreve que havia um limite na intensidade de exposição que expressou através da frase “*também não é aquela coisa de sofrimento constante, senão acho que a gente ‘pira’.*” No uso do verbo “*pirar*” a alusão ao risco que um sofrimento contínuo e intenso pode representar para a sanidade. Já a 5ª Estudante, por outro lado, definiu sua atitude frente aos problemas através da seguinte expressão “*eu entro com tudo para fazer aquilo.*” Parece-nos que a diferença reside na distância que conseguiram imprimir no atendimento e que acabou interferindo nos resultados obtidos.

Elas próprias se auto avaliam o tempo todo e o fato da 5ª Estudante não tolerar realizar estes atendimentos levou-a a se auto definir de forma negativa através da expressão “*acabo também sofrendo, me machucando porque as vezes não consigo, não dá certo.*” Essa preocupação com a avaliação se revela ao longo do estágio nos diários à medida que avaliam o efeito de sua ação a partir dos resultados obtidos.

“O Serviço Social foi muito elogiado por um paciente que nos relatou suas internações anteriores, dizendo que foi muito bem atendido e amparado pelas profissionais da área, fazendo assim com que o grupo se interessasse mais, para saber sobre o nosso serviço”

(Diário de Campo da 5ª Estudante ? estagiária)

“(...) entramos em contato com os recursos regionais a fim de que fosse realizado pelos mesmos um acompanhamento da família oferecendo-lhes um suporte, até que a situação retornasse ao normal.”

(Diário de Campo da 5ª Estudante ? estagiária)

“A filha agradeceu muito pelas providências realizadas.”

(Diário de Campo da 4ª Estudante? estagiária)

Acreditamos que utilizam os elogios dos doentes como forma de avaliação do trabalho que realizam. Conforme destacamos anteriormente, registram diversas situações nas quais os doentes agradeceram pela atenção e descrevem a felicidade sentida frente a estas demonstrações de gratidão. Revelam nesta preocupação o sentido alerta que mantém na direção da busca da valorização do seu trabalho e do próprio aprendizado. Acreditamos que o diário tem o sentido de revelar a aquisição de saberes disciplinares e da prática. Nesta perspectiva, revelar a gratidão do doente contribui para a comprovação desta aquisição de conhecimento, do encontro entre experiência e conhecimento, realizado diuturnamente.

“Na ocasião eu só ouvia. (sorriso) Só ouvia. Me colocava à disposição e eu sentia que era isso mesmo que eles buscavam. Que muitos vezes procuravam ? saiam do quarto chorando, não é? ? E sentavam ali na ‘salinha’.... (Sorriso). Por quê [eles] não sentavam lá para conversar com enfermeira, com o médico? (sorriso) Não! Tinham que sentar na minha frente para chorar. Então eu ouvia, ficava à disposição e sofria. (silêncio prolongado) E depois, quando a família ia embora, (sorriso) ... chorava.”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Esta estudante durante todo o tempo de estágio trabalhou em área de urgência e sua convivência com dor e morte era intensa. Na sua percepção, revelou que as famílias relatavam sua dor para a estudante do Serviço Social. E que a princípio não sabia o que fazer diante destas famílias.

Expressa através da frase que as famílias “*mesmo que buscavam*” para demonstrar que havia uma intencionalidade no ato de entrarem na sala do Serviço Social: “*tinham que sentar na minha frente para chorar*” e como que realizasse um diálogo consigo mesma perguntou por quê eles “*não sentavam lá para conversar com a enfermeira ou com o*

médico?” Narra que não tinha o que fazer, expresso através da reiteração da expressão “só ouvia” e “ficava à disposição e sofria.” Percebe-se que no “só” exprime uma avaliação de que o ouvir é pouco, em contraposição de um sofrer que era intenso.

“O silêncio é assim a ‘respiração’ (o fôlego) da significação; um lugar de recuo necessário para que se possa significar, para que o sentido faça sentido. Reduto do possível, do múltiplo, o silêncio abre espaço para o que não é ‘um’, para o que permite o movimento do sujeito.”³⁰¹

Na expressão “só ouvia” existe a contrapartida de permanecer presente no ato da assistência que ela mesma demarcou ser o “*que a família buscava.*” Porém revelou a dor dessa permanência nesta circunstância. Este silêncio da estudante não é ausência de ação, é presença. Mas nem por isso é menos dolorida. É preciso aprender a forma de se deixar ficar, sem contudo definhar. E cremos que é esta perspectiva que elas procuram demarcar na atividade de trabalho pois estar ali diante do sofrimento a convocava em seu ser por inteiro.³⁰² Daí que a princípio afirmava que quando iam embora “*chorava.*” Ou seja, o “chorar” era permitido mas às escondidas. Porque para os outros, diante das equipes, precisam revelar-se um ser capaz “de se controlar.”

“Pior experiência! Ah! é com a morte! É... eu falava você não tem o que falar para uma pessoa que você chega lá, e você está vendo que ele está ruim, que ele está ruim, e você tem que falar para ele: você vai ficar bom! Você vai sair dessa levanta a cabeça e tal! No dia seguinte aquela pessoa morreu, a família vem desesperada, e eu me coloco no lugar da família! Então eu falo, não tem o que se falar, você não pode... você vai falar o que para aquela pessoa?”

(Depoimento da 5ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Na reiteração da frase “*não tem o que falar*” a tentativa de colocar em palavras a dificuldade de explicar o indescritível, a dor de enfrentar um limite e não ter como superá-lo. A insuportabilidade da morte, da dor que ela acarreta, nos reduz a um silêncio, que não é o de negação discutido pela psicanálise,³⁰³ mas o silêncio que possui um sentido de nos lembrar o caráter de incompletude que está presente na vida e em nós, por último nos revela a finitude de nosso ser.

A 5ª Estudante revela neste depoimento os sentimentos de angústia que enfrentou ao se deparar com o doente grave ou com a família do morto, com a frase “*eu me coloco no lugar da família! Então eu falo (silêncio) não tem o que se falar*” demonstra que ela não

³⁰¹ Eni P. ORLANDI, *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*, p. 13.

³⁰² Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : *passim*.

³⁰³ David E. ZIMERMAN, O silêncio na situação psicanalítica, *Fundamentos da Psicanálise: teoria, técnica e clínica*, p. 370.

conseguiu estabelecer a distância necessária para se colocar numa relação de assistência. Num momento, de atendimento de grande sofrimento não é o momento de tentar uma relação empática³⁰⁴ que significa colocar-se no lugar de, neste momento se preserva a si através de uma tentativa de se tornar continente,³⁰⁵ jamais a tentativa de tomar o lugar, pois esta ausência de distância impede o sujeito (estudante) de se estruturar.

“Tem, tem situações difíceis sim, principalmente, doença e morte. Mas, a gente não pára de morrer, não é?”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária)

A morte que se vê é a do outro, mas a todo momento, ela nos revela, conforme afirma a 2ª estudante, que se dá, a cada dia, em nós mesmos. A doença, dor e morte que estão, praticamente, ausentes nos diários de campo se explicitam nos depoimentos e as palavras revelam a dor que causaram, os “engasgos” que provocaram e o modo que utilizaram para disfarçar o mal estar que provocava.

“(...) tinha as dificuldades por ser na saúde, acho que tem situações que a gente vivenciava de sofrimento, desta questão de impotência, que as vezes a gente não sabia o que fazer, e muitas vezes não tinha mesmo o que fazer. Nos pacientes por exemplo, com situação grave que a gente ia para conversar e não tinha mesmo muito o que fazer assim o que eles queriam era falar, e a gente estava ali para ouvir, não é? Mas, sei lá, eu acho que porque a gente se achava como profissional querendo oferecer algo mais, eu acho que não tinha o que ser oferecido, a não ser estar ali para poder estar ouvindo, então eu acho que isto, também, no estágio é o que mais angustiava.”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Todavia, com o passar do tempo ela consegue perceber outra perspectiva que nasce da possibilidade de sair da condição de que a estudante “*não sabia o que fazer*” para passar para uma outra percepção a de que muitas vezes “*não tinha mesmo o que fazer.*” Na sua leitura, a primeira percepção remetia a sensação de impotência, todavia, no primeiro caso há um sujeito que se sente “*incapaz*” e, no segundo, não se trata mais do sujeito que assim se sente, mas do reconhecimento do fato de que ante a morte há um limite de ação que remete a nossa condição de ser vivo humano.³⁰⁶

³⁰⁴ Empatia é composta da raiz grega “*em*” (quer dizer: dentro de) e “*pathos*” (significa sofrimento), portanto alude a capacidade de colocar-se no lugar do doente, isto é, entrar dentro dele, para junto, sentir o seu sofrimento. ZIMMERMAN, D. *Fundamentos da Psicanálise: teoria, técnica e clínica*, ArtMed, 1999, p. 455

³⁰⁵ Refere-se a um processo ativo em que se “*acolhe*”, “*transforma*” e “*devolve os conteúdos*” devidamente “*desintoxicados*”, significados e nomeados. Cf. ZIMMERMAN, D. *op. cit.*, p. 109.

³⁰⁶ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, *passim*.

A área da saúde expõe os profissionais à situações difíceis que se manifestam através de um tênue limite entre o viver e o morrer, e há pouco espaço para expressão destas dores do exercício profissional. O atendimento não se faz de modo mecânico, os profissionais não são, apenas, produtores de assistência. Eles também se colocam em relação ao outro, interagem, portanto vivem o cuidado.

“Na saúde, assim, acho que esta questão da impotência, de não saber muito o que fazer, de situações mais graves (...) eram os casos graves, junto com a família também. Então eu acho que era mais um espaço de acolhimento, não é? Que hoje até eu entendo que era importante, mas no começo era difícil a gente aceitar isso (...) Mas hoje eu já vejo que era! Nem que seja só esse momento de acolhimento, eu acho que é fundamental, para quem está ali no meio (silêncio) no leito (silêncio) situação tão difícil! [Olhar triste e distante]”

(Depoimento da 5ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Analisa Schwartz, ao enunciar o quarto ingrediente da competência, que “o quadro relacional pode apagar ou pelo contrário fazer desabrochar competências,”³⁰⁷ sob este ponto de vista gostaríamos de analisar neste capítulo o efeito da convivência direta e continuada com a doença, dor e morte e discutir que efeitos tiveram na formação das estudantes.

Creemos que esse aspecto da doença, do sofrimento e da morte se reveste de uma importância de se estar atento para fato de que o estudante de Serviço Social, tanto quanto o assistente social, como os demais profissionais da saúde estão expostos cotidianamente a essa dor, que é antes de mais nada a dor de se ver a si também como um ser finito.

“Eu acho que ajuda a gente a pensar, a gente se preparar para a própria vida pessoal. De repente ver as pessoas morrer por doenças, a gente começa a pensar na própria vida, não que traga consequência, que a gente vá pensar que está doente, nada disso, ou que vá sofrer um acidente de carro... Não é isso! Mas ajuda a gente a pensar na própria vida, a pensar que um dia nós vamos morrer também, e que dessa vida para a outra a gente não leva nada. Então, tudo que a gente tem que fazer a gente tem que fazer pelas pessoas, é aqui mesmo. Então eu acho que não me fez mal. Só fez bem. Só faz bem!”

(Depoimento da 6ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Este depoimento revela a singularidade também no encontro com esta situação. Para a 6ª Estudante a convivência com os casos graves se revestiu de um sentido, levou-a a valorizar mais a vida e, nas suas palavras ajudou a pensar que “um dia nós vamos morrer

³⁰⁷ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 19.

também.” O mesmo tendo acontecido com a 3ª Estudante que se dedicou ativamente ao trabalho com doentes graves e seus familiares.

“Então quando chega mesmo a morte dessa pessoa as vezes, de certa forma, choca a gente também, por mais que você espere, você quer que ela viva.(...) No Serviço Social, você vai pensar, orientar a família no caso a procurar pensão, ou alguma coisa...você vai pensar, se a pessoa tiver com carro e tiver perto, você vai pensar nos outros aspectos de quem fica . Você não pode ver quem foi, você vai pensar em quem fica. Muitas vezes essa pessoa além de estar desorientada pelo momento da morte, elas também ficam, se é um chefe de família, elas ficam desprovidas não é? Então precisa pensar em quem fica, tem um outro olhar a morte, também para o Serviço Social.”

(Depoimento da 3ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Percebe-se que diante da gravidade da doença e da perspectiva da presença da morte, ela encontrou um sentido de vida presente na família que sofria e que permaneceria viva após a morte do doente. Formas singulares de enfrentar dificuldades, este depoimento revela na ressingularização e renormalização do “olhar” a perspectiva do encontro de um sentido revelado na expressão *“você vai pensar nos outros aspectos de quem fica.”*

Somente a 1ª Estudante revelou que colocou para si a possibilidade de parar o estágio em função da convivência diária com o “objeto” vida/morte. Porém acabou conseguindo superar as dificuldades e concluiu o curso.

Uma das estudantes referiu duas vezes ao sentimento do que ela denominou de *“impotência”* e afirmou que ele faz parte do itinerário da profissão.

“(...) Essa questão da impotência, acho que não muda, infelizmente, acho que faz parte do nosso show!”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária)

Se analisarmos as escolhas pessoais das sete estudantes, observa-se que apenas uma delas optou por trabalhar em outra área, enquanto que as outras seis optaram pela permanência na área da saúde. Sendo que destas, somente uma optou por não trabalhar na área hospitalar, mas na saúde pública e uma outra está na assistência social, mas afirma que aguarda oportunidade de retornar à saúde. Enfrentaram todas as dificuldades e afirmaram terem percebido as dificuldades como *“desafios a serem vencidos.”* Duas delas atribuíram as atividades de estágio a motivação para terem permanecido no curso.

“[desistir do estágio] Não, em nenhum momento, pelo contrário até ficava triste saber que estava acabando o estágio, (sorriso) de saber que teria que sair de lá, em nenhum momento. Não, eu nunca pensei em desistir.”

(Depoimento 2ª Estudante? estagiária)

“Então, eu fui motivada mesmo pelo estágio. Eu acredito, eu acredito que eu tenha sido motivada pelo estágio. Porque eu gostei eu me identifiquei muito com a área da saúde.”

(Depoimento da 4ª Estudante? estagiária)

“Eu posso dizer que meu período de estágio foi ótimo. E que foi muito curto, por que a gente queria aprender mais. Eu acho.... Foi muito bom!! As vezes eu até eu ouvia umas estagiárias ‘Ah! Eu estou cansada!’ E eu ficava.... pensava: Meu Deus! mas eu não era assim. Foi tão bom! A gente parece que tudo tinha a hora certa para gente aprender. Até na hora que foi começar a aprender a ficar no plantão, parece que tinha o momento certo, então foi muito bom e muito curto...”

(Depoimento da 6ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

A estudante revela na sua fala uma preocupação com a temporalidade ergológica do aprendizado presente na expressão *“tinha a hora certa para gente aprender”*, pois tem no horizonte o ideal de profissão e entende que o aprendizado vai se dar através dos dilemas que lhe forem colocados. Nesse depoimento, novamente, o plantão surge como um desafio, porém ela demarca o seu valor ao afirmar que há uma temporalidade para ele ser introduzido na prática da estudante, sendo isto explicitado através da expressão de que houve uma *“hora certa”* para *“começar a aprender a ficar no plantão.”*

CAPÍTULO III ? TRABALHO NA SAÚDE: TEMPORALIDADE E MICRO? GESTÃO

Neste capítulo analisaremos as interfaces do trabalho das estudantes estagiárias no hospital, uma vez que realizaram sua formação na área de internação. Estas atividades foram desenvolvidas, na forma de trabalho coletivo, tendo como desafio trabalhar com diversas profissões, inúmeras especialidades e muitas ocupações.

No primeiro capítulo tentamos contextualizar o processo de constituição do hospital, sua organização e as formas de financiamento às quais está submetido e procuramos destacar a tensão existente entre a lógica mercantil e a dos valores sem dimensão, à exemplo do que também ocorre em outras situações de trabalho. Todavia, nesse espaço, a tensão se confronta, diretamente, com a especificidade das atividades de trabalho que nele tem lugar, a do “objeto” vida/morte.

3.1. Formação na atividade de trabalho do Serviço Social e os valores sem dimensão

Neste capítulo faremos uma abordagem mais detalhada de como se estrutura a área de internação através de uma leitura microscópica das relações estabelecidas entre as estudantes e os demais profissionais da área de internação, no decorrer do processo de formação no estágio.

“Logo ao ingressar no hospital, o doente que se dispõe a ser ‘paciente’ é convocado à supressão instantânea e voluntária de sua intimidade. Além da ruptura com o cotidiano, o internamento implica, de imediato, uma primeira medida com o propósito de preparação da terapêutica: a expropriação do corpo doente do doente. Este cede lugar àquilo que poderia chamar o corpo doente do médico. O caráter propedêutico dessa medida reside na necessidade de filtrar o conjunto de sintomas expressos pelo paciente de quaisquer conotações subjetivas que afastem o diagnóstico das alternativas previsíveis nosologicamente.” ³⁰⁸

A hospitalização consiste no ingresso na área de internação realizado em função de uma decisão médica fundamentada no diagnóstico do doente.

³⁰⁸ José L. ANTUNES, *Hospital: Instituição e história social*, p. 164. (grifos nossos)

*“O diagnóstico é, portanto, uma interpretação sobre o doente que é exterior, e que interfere sobre si de modo mais ou menos incisivo e vigoroso, de acordo com critérios, que escapam à sua compreensão.”*³⁰⁹

A permanência do doente no regime de interação dá-se em função da necessidade de realização de uma terapêutica que se fundamenta sobre um conjunto de saberes e de uso de tecnologias oriundos do saber médico. Segundo Pitta, *“ao doente cabe confiar no seu médico e na medicina, comunicando suas experiências íntimas, pessoais e corporais.”*³¹⁰ E, conforme salienta Antunes, *“a terapêutica, por sua vez, é também um processo invasivo, que consiste basicamente em prescrições e proscricções.”*³¹¹

O período de internação propriamente dito é o momento do tratamento no qual se desenvolvem as atividades das equipes da área de internação. Os profissionais do Serviço Social de Enfermagem, tanto assistentes sociais como as estudantes em formação, trabalham neste *locus*. As estudantes escrevem em seus diários ou falam nos seus depoimentos das atividades realizadas neste local: a enfermagem.

Uma das características que é acentuada na vivência da hospitalização consiste na ruptura na vida do doente que se interna e seus efeitos sobre a família.

*“(...) na medida em que se torna um espaço estratificado, fragmentado e burocratizado, o hospital acaba dando menos voz ao paciente, para centrar-se na doença.”*³¹²

A compreensão do significado de ruptura do qual se reveste este momento é diversas vezes relatado nos diários. Elas apresentam esse novo meio como um momento carregado de angústia, solidão e medo, tanto para a estudante como para o doente que adentra esse espaço.

“(...) a partir do momento que ele entra por uma internação eletiva ele está entrando bem, ele vai lá, ele conversa. Então, você tem como quebrar aquele gelo, aquele medo que ele sente, quando ele está entrando dentro do hospital. Já o paciente grave, vamos dizer, quem leva o choque é a gente, é a gente, é a gente que leva o choque. Então, não tem como você quebrar o gelo de você ir ver um paciente que está todo ‘arrebentado’ ou que está entubado e você tem que conversar com a família. Já você fazendo um grupo já é diferente. Você consegue fazer aquela aflição que ele entra no hospital ? a hora que ele passa para conversar com você ? você consegue ir, se você não conseguir ? porque é muito difícil conseguir que ele saia dali e vá rindo, sorridente para a enfermagem ? mas você consegue fazer com que ele vá menos aflito”

³⁰⁹ José L. ANTUNES, *Hospital: Instituição e história social*, p. 164. (grifos nossos)

³¹⁰ Ana PITTA, *Hospital dor e morte como ofício*, p. 51.

³¹¹ José L. ANTUNES, *op. cit.*, p. 9.

³¹² *Ibid.*, p. 9.

do que quando ele chegou. Então eu acho que aprendi. É o que eu falo: aprendi a levar com os pacientes grave, aprendi a levar a vida um dia depois do outro. E também aprendi com o Grupo de Recepção³¹³ que a gente... (silêncio) que é natural você ter medo de uma coisa que você não conhece, mas a partir do momento que você começa a conhecer aquilo, vai diminuindo a ansiedade, aquele medo....”

(Depoimento da 5ª Estudante? estagiária – grifos nossos)

Neste depoimento, a estudante compara a própria experiência num meio novo com a vivência do doente ao adentrar a área de internação e na comparação busca explicitar as dificuldades que permeiam o encontro/confronto com o novo e o desconhecido.

“O paciente individual ele também está lá, ele é quieto, ele pode não estar a fim de conversar, então a experiência do grupo me levou também a atender melhor a entrevista no leito, eu chego no paciente, eu não tenho o medo que eu tinha antes de ir na enfermaria, quando fazia grupo eu também ia na enfermaria, então tinha paciente que ia, mal falava comigo. E eu não voltava e eu não queria voltar nunca mais lá. E hoje não, eu levei a própria experiência do grupo para a própria enfermaria, eu consigo descontraí-los mais. A própria família também é fechada, você chega, a família está lá. Na verdade, você é que tem que comunicar, você que tem que descontraí-los o paciente e a família, e é raro o paciente e a família que seja o contrário, que vão te descontraí-los, tem muitos que são, ou abertos, e você chega e eles conversam, mas normalmente, você é que tem que descontraí-los.”

(Depoimento da 4ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Na insistência de afirmar a descontração, a afirmação do constrangimento acarretado por esse meio novo, repleto de normas diversas e normativo, e portanto, humano.

“A temporada no hospital a que ninguém está imune, constitui para o paciente um duplo exercício antecipatório de sua morte. Por um lado, testa-se a sobrevivência do mundo; fica-se conhecendo a capacidade das estruturas familiar e social de que participa de se abalarem, porém persistirem a sua ausência. E, por outro lado, registram-se no corpo os limites que o mantêm animado. Os pacientes podem então sentir na pele o paradoxo que envolve o hospital contemporâneo, e que o obriga a ser, a um só tempo, espaço privilegiado de reposição para a vida e escola de aprendizado da morte.”³¹⁴

Meio onde todas as funções vitais são controladas e a liberdade e autonomia são tolhidas. Neste meio, a preocupação com a descontração, assemelha-se a busca da reconstrução de elos como o lado humano da vida do ser vivo humano.

“Mas isso nunca me assustou, o fato de ser um paciente internado pela urgência e do paciente estar mal. De repente, eu poderia fazer alguma coisa por aquela pessoa: orientar, tirar as dúvidas, e até mesmo... é como se ele não tivesse mais sozinho. Ali, de repente, alguém fez uma recepção para ele. Porque o paciente de urgência não tem recepção nenhuma. Ele entra pelo pronto socorro, muitas vezes, vai para o centro

³¹³ Projeto do Serviço Social que atende os doentes com internação programada nas enfermarias do hospital e seus familiares. Este atendimento dá-se, predominantemente, através de trabalho com grupos.

³¹⁴ José L. ANTUNES, *Hospital: instituição e história social*, p. 165.

cirúrgico, e vai para a enfermaria e, às vezes, está ali sozinho. Então, é como se ele não tivesse ninguém ali recepcionando ele. Então, eu sempre achei um trabalho gostoso o trabalho com o paciente de urgência. Eu sempre gostei muito mais do que o paciente da eletiva.” [internação programada]

(Depoimento da 6ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Após o período de tratamento o doente obterá alta em função da decisão da equipe médica e poderá retornar para sua vida.

*“A devolução dos corpos aos seus próprios donos depende do reconhecimento institucional da cura, único atestado que pode permitir aos ex-pacientes arcarem novamente com o seu **status** de cidadão, abalado primeiro pela doença e segundo pelo internamento.”³¹⁵*

Julgamos oportuno apresentar neste momento o conceito de doença de Canguilhem por entendermos que ele nos permite pensarmos a relação da vida, com a saúde, com o meio, e a doença, que segundo este autor, se caracteriza pela “*redução da margem de tolerância às infidelidades do meio.*”³¹⁶

“O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir novas normas em situações novas.”³¹⁷

Mas afinal no que consiste a doença na perspectiva do pensamento de Canguilhem?

“O próprio da doença é vir interromper o curso de algo, é ser verdadeiramente crítica. Mesmo quando a doença torna-se crônica, depois de ter sido crítica, há sempre um ‘passado’ do qual o paciente ou aqueles que o cercam guardam certa nostalgia. Portanto, a pessoa é doente não somente em relação aos outros mas em relação a si mesma.”³¹⁸

Este trabalho se desenvolveu em um meio onde saúde e doença estiveram o tempo todo em questão. Cremos que, no percurso do trabalho nas enfermarias, o que se persegue é, a partir do momento da doença, poder encontrar a possibilidade da saúde. Segundo Canguilhem, “*a vida não conhece reversibilidade. No entanto, apesar de não permitir restabelecimentos, a vida admite reparações que são realmente inovações fisiológicas.*”³¹⁹

A expressão “paciente”, “doente” e “usuário” aparecem como se fossem sinônimos nos registros das estudantes e nos seus depoimentos, apesar de não o ser. Qual o motivo desse deslize semântico? Em nosso entender isso decorre do fato de que nos diários de

³¹⁵ José L. ANTUNES, *Hospital: Instituição e história social*, p. 165. (grifos nossos)

³¹⁶ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 160.

³¹⁷ *Ibid.*, p. 158.

³¹⁸ *Ibid.*, p. 107-108.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 158.

campo as estudantes, continuamente, fazem referência ao doente chamando-o ora de “usuário” ora de “paciente.”

*“Os sentidos usuais do termo já indicam a negatividade impressa à condição de paciente, na verdade uma condição duplamente negativa. Por um lado, é certo que o doente hospitalizado experimenta a doença como um fator de negação de si mesmo, o qual pode, tendencial ou efetivamente, conduzi-lo à morte. Mas, por outro lado, pode afirmar-se que, com a doença, o internamento nos estabelecimentos médicos contemporâneos também é vivenciado como fator de negação da pessoa enferma.”*³²⁰

Essa imprecisão no uso destes termos marca todo o período do estágio e parece indicar que, ao longo do tempo, se acentua o uso da expressão “paciente”. A predominância do uso desta expressão parece ser decorrente do fato da prevalência do uso deste termo pelas demais profissões da área de saúde que o utilizam, largamente, tendo se convertido uma linguagem dominante em hospital. Vale dizer, converteu-se em norma antecedente.

*“(...) a hospitalização pode assestar um dos limites da definição de cidadania, configurando o hospital como um espaço em que o seu pleno exercício entra em regime de suspensão.”*³²¹

Entendemos, também que a alternância entre o uso dos dois vocábulos pelas estudantes de Serviço Social seja decorrente do fato de que para elas permanece a leitura de que o usuário é portador de direitos civis se contrapondo aos demais profissionais, para os quais a lógica do “regime de suspensão de direitos” parece vigorar.

*“O disciplinarmento médico dos hospitais contemporâneos constitui nos ‘pacientes’ a diferença entre o ser político ? titular dos direitos e deveres relativos a sua pessoa – e seu corpo biológico – arena onde médico e doença disputam palmo a palmo células e os tecidos.”*³²²

Apreende-se que a expressão usuário permanece sendo utilizada pelas estudantes do Serviço Social, mesmo após configurar esta sua presença na área. cremos que isto se dê em função da especificidade do fazer da profissão: na qual não se pode perder de vista o direito do usuário, em virtude de ser este o principal foco de sua intervenção.

Se observarmos os registros e os depoimentos das estudantes veremos que há uma intensa preocupação com o fato de buscarem tornar conhecido pelo doente ou sua família seus direitos de cidadão .

³²⁰ José L. ANTUNES, *Hospital: instituição e história social* p. 163. (grifos nossos)

³²¹ *Ibid.*, p. 164.

³²² *Ibid.*, p. 164.

“ (...) São com essas informações que descobrirei se ele é ou não vítima de alguma violência, que necessidades de recursos utilizarão para si como benefício. A maioria dos pacientes desconhecem seus direitos. “

(Diário de Campo da 7ª Estudante?estagiária ? grifos nossos)

A expressão “*necessidades de recursos*” seguida pela frase “*utilizarão para si como benefício*” demonstra uma intencionalidade na busca do direito a ser requerido. Essa escolha se dá centrada no ideário que norteia a política pública da Previdência Social, na qual o direito é denominado de “benefício”. Por isso a estudante começa buscando os direitos sociais vinculados à Previdência Social, pelo entendimento de que são direitos contratados junto à previdência, cujo usufruto deve ser requerido. Constatada a inexistência dos direitos de caráter “contributivos”, inicia uma investigação sobre a possibilidade de utilizarem-se dos direitos da política de Assistência Social, tais como Renda Mínima, Benefício de Prestação Continuada (PBC) e outras políticas assistenciais focais que o município de moradia do doente possa oferecer.

O desafio é constituir um ambiente sinérgico, entendendo-se por tal o que Schwartz denomina de 5º ingrediente: trata-se da capacidade de trabalhar em equipes e de estabelecer relações sinérgicas.³²³ Ao mesmo tempo em que se desenvolve o cuidado ao doente intentando-se a preservação de sua vida. Isto é feito em consonância e, em tensão, com o tempo do relógio, com os valores mercantis responsáveis pelo financiamento do hospital público.

Nisto reside o dia a dia centrado numa temporalidade especial, a qual nos referíamos no capítulo 2 ? que implica na realização da atividade de forma correta e rápida. A rotatividade do leito, principalmente em um hospital terciário, é uma necessidade constante, dada a pressão da rede de saúde por vagas em serviços de saúde complexos. Decorrente da limitação da disponibilidade de número de leitos, obter agilidade consiste num indicador de eficácia nas ações que denota esta busca do fazer logo. Em síntese, é o que denominamos no segundo capítulo como sendo produzir melhoria na qualidade de vida, sem produzir danos à saúde e à vida.

³²³ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 23.

3.2. Gestão no encontro de saberes: (re) configuração do coletivo

A gestão do tempo de internação depende da qualidade sinérgica do trabalho coletivo das equipes envolvidas no cuidado.

“Ao contrário, se precisa esta idéia que a gestão no sentido econômico não é separável dos modos de ‘gestão de si mesmo’ cujos conteúdos e destino, jamais univocamente determinados pelo meio técnico objetivo, remetem a todas as dimensões e contradições da história feita e da história por fazer.”³²⁴

O atendimento no hospital expressa um contínuo desafio de conviver entre duas lógicas na realização do seu trabalho: o de fazer a gestão das situações mediante a tensão entre a temporalidade mercantil que se expressa através da lógica do seu financiamento, pautada na idéia de que o atendimento deve ser ágil, uma vez que a remuneração do hospitais dá-se através da produtividade?? do rendimento nas palavras de Canguilhem³²⁵ ? em confronto com a temporalidade da pessoa, ergológica³²⁶, na qual se busca um sentido no fazer e o “do fazer bem feito”³²⁷, fundamentada na temporalidade do bem comum. O que se constitui um itinerário difícil de se realizar.

Nesta área de atendimento, conforme analisa Muniz, a duração da internação está diretamente articulada com as múltiplas variáveis que influenciam a assistência.

“(...) os profissionais de saúde engajam-se de forma não mecânica em sua atividade, mas o tempo todo implicam-se com seus saberes e valores, e negociam com os demais seu modo próprio de construir o seu meio de trabalho.”³²⁸

As micro?gestões de toda a equipe tende a buscar reduzir o tempo de permanência no leito para viabilizar a saída do doente em condição de alta hospitalar, no menor tempo possível. Esta rapidez revela um triplo sentido: se constitui um valor para o doente que pode retornar à sua vida, para a população SUS dependente porque libera leito para entrada de outro doente e benefício para o hospital que tenta viabilizar o tempo de internação remunerado pela tabela SUS, com o custo real da internação. As sensibilizações das famílias e o maior envolvimento dos municípios da região que se utilizam do hospital

³²⁴ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 39.

³²⁵ Georges CANGUILHEM, *Meio e normas do homem no trabalho*, p. 3.

³²⁶ Yves SCHWARTZ, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7 (38) : 16.

³²⁷ Maria Inês ROSA, *Trabalho, subjetividade e poder*, p. 211.

³²⁸ Helder P. MUNIZ, *A gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*, p. 26.

são fatores intensamente invocados no dia a dia. A viabilização do cuidado dá-se através do trabalho de todos os profissionais da equipe à medida que gerem o seu trabalho a despeito da variabilidade do meio e da escassez de recursos inerentes ao hospital público.

“Assim, de um lado, a equipe tem um duplo caráter: necessidade técnica, condição da produtividade, variável sempre oculta mas determinante nos cálculos de rentabilidade, de outro, lugar de uma alquimia sempre aleatória onde histórias e vidas singulares buscam se exprimir positivamente nos atos coletivos informais requisitados por estas indústrias de processos. Dois elementos heterogêneos e no entanto inseparáveis.”³²⁹

Este processo também diz respeito à área da saúde principalmente no que tange a viabilização do cuidado, pois envolve equipes de diversos profissionais. A questão técnica e não-técnica, que discutimos no capítulo 3 no que tange ao relacionamento da estudante com a própria equipe de assistentes sociais, aqui se amplia na direção de que para a realização das atividades as estudantes terão necessidade de estabelecer uma relação sinérgica em relação às outras equipes do hospital e com a rede de recursos sociais da região.

“Assim, a produtividade das instalações depende diretamente da qualidade das relações de cooperação na equipe. Mas esta não pode ser ‘prescrita’ por ninguém ela depende de um ‘entendimento’ que se instaura ou não no seio dela. Um elemento não ‘técnico’ tem uma pertinência direta sobre a técnica.”³³⁰

Este entendimento coloca uma das primeiras dificuldades que as estudantes tendem a se referir, a do uso da linguagem que possui uma característica marcante nesta área do saber. Trata-se da necessidade de se familiarizar com a linguagem que permeia o hospital: a linguagem médica, o seu código expresso nas normas antecedentes da disciplina médica.

“A linguagem é uma forma muito característica desta forma de dominação; o doente se comunica do seu modo vulgar, coloquial. O médico, ao contrário, fala parcialmente a mesma linguagem com ele, e de outra forma sobre ele, utilizando-se dos jargões próprios das técnicas; técnica que é a própria materialização do desenvolvimento científico e tecnológico e que tem no saber e no como fazer, ou seja, no processo de trabalho, as determinantes dos seus êxitos maiores ou menores.”³³¹

Esta mesma forma de dialogar dos médicos entre si se reproduz no diálogo dos médicos com os demais profissionais da saúde e isto dificulta o entendimento, fundamental para o estabelecimento de compromissos e de condutas que envolvam a assistência ao

³²⁹ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 38.

³³⁰ *Ibid.*, p. 38. (grifos nossos)

³³¹ Ana PITTA, *Hospital dor e morte como ofício*, p.51.(grifos nossos)

doente. Esta forma de interlocução pode, à princípio, levar as estudantes a um sentimento de inferioridade como descrito no depoimento da 4ª estudante.

“No começo tive medo deles, de falar alguma coisa errada, de conversar errado. Mas não, nunca tive dificuldades. Hoje é normal. Anteriormente, talvez seja uma insegurança, no começo eu era insegura para conversar. (...) Nunca tive problemas com nenhum deles.”

(Depoimento da 4ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Na expressão *“tive medo deles, de falar alguma coisa errada, de conversar errado”* a demonstração do desconhecimento do código da linguagem médica. Tratava-se de estudante com boa cultura geral e, todavia esta vivência de subordinação a um certo saber desencadeou um sentimento de inadequação de seu saber/formação em relação aos médicos e sentimento de insegurança que tornou difícil, no princípio o estabelecimento de uma relação de maior aproximação com os médicos.

Esta linguagem é utilizada de forma generalizada entre todos os profissionais, o desafio é saber, por exemplo ? que a expressão *“não deambula”*, significa doente que não pode andar, *“paciente vítima de TCE”* significa doente com traumatismo crânio encefálico. Quando os médicos dizem: *“Estou com uma urgência de FAF ou FAB”*, significa que estão atendendo uma emergência no qual o ferimento deu-se em função do uso arma de fogo ou arma branca (faca). Trata-se de diálogo específico baseado em patologias e, no início, estes são assustadores para as estudantes que, após os ouvirem, voltam assustadas e tentam reproduzir o que ouviram e acrescentam a pergunta em supervisão: *“o que ele quis dizer com isso?”* ou, *“isto é muito grave?”*

Isto é, somente, mais um dos desafios que vão enfrentando e que revela o encontro da estudante com um conjunto de saberes – pólo 1 ou registro I, ao mesmo tempo em que vivenciam os desafios materializados no aqui? agora de histórias singulares de vida ? pólo 2 ou registro II mencionado anteriormente. O encontro destes dois pólos ou registros faz-se no encontro/confronto com os demais profissionais e com a própria equipe do Serviço Social para a gestão das situações. As estudantes, à princípio, desconhecem estes saberes dado a sua especificidade, porém nos seus diários de campo elas vão registrando-os de forma que se assemelham a um glossário de termos técnicos.

“ BO → boletim de ocorrência

F.A.F. → ferimento arma de fogo

F.A.B → *ferimento arma branca*
T.S. → *tentativa de suicídio*
A. T. → *acidente do trabalho*”

(Diário de Campo da 7ª estudante ? estagiária ? transcrito com as setas que a estudante utilizou)

Entendemos no uso do sinal em forma de “seta”³³² uma preocupação em demonstrar o movimento que está implícito nestes significados que as estudantes buscam apreender. Há na direção destes significados dos termos da linguagem médica, uma procura do entendimento e da explicitação do sentido que estes eventos representam no movimento do uso do leito no hospital. Uma vez que começam a assimilar que a entrada do doente na área de internação se dá a partir do diagnóstico e do sentido que estes desempenham, no processo decisório de quem entra na enfermaria, de quem permanece internado ou de quem dela sai.

Esta questão da entrada e saída dos doentes só pode se dar a partir do parecer médico que é registrado no Sistema Informatizado de Internação, Altas e Previsões de Altas do hospital. Esse sistema não somente informa o ingresso, a mudança do leito, a mudança de enfermaria, a autorização de entrada de família ou não. Ou seja, trata-se de uma ferramenta que busca “controlar” o movimento no hospital. As providências são realizadas e informadas na tela do computador ? informação *on line* ? para todas as equipes de cuidado, ininterruptamente. Esta rede mantém em comunicação desde a recepção, portaria, segurança, incluindo a administração do hospital e todas as equipes profissionais envolvidas no cuidado.

“Atender os usuários internados através da [internação de] urgência, verificando diariamente através do Sistema Informatizado de Internação de Urgência, todas as internações desta modalidade, através de abordagens individuais ou grupais junto aos usuários e seus familiares, esclarecendo dúvidas e questionamentos decorrentes da internação.”

(Diário de Campo da 2ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Nesta medida saber consultar, introduzir informações, aprender as prescrições envolvidas no uso da informática como instrumento de trabalho torna-se fundamental para

³³² Cf. Dicionário Aurélio, a palavra seta tem no sentido figurado o sentido de indicativo de direção e o do que se desloca com muita velocidade, rapidez, p. 1295.

permitir-lhes visão geral e particular do que acontece no hospital que interna uma média 1206 doentes por mês.³³³

Na busca de decifrar a situação de trabalho, o seu código, o movimento das internações e sua forma uma outra dificuldade emerge: conhecer as terapêuticas e especificidades no cuidado.

“A partir do momento em que se estipulou a distribuição do espaço como elemento da terapêutica, o hospital pode ser concebido como lugar ideal para constituição de microcosmos individualizados, especialmente preparados para se inserir cada doente de acordo com sua doença e com os ditames do tratamento que ele devesse seguir. Para que isso se tornasse viável, foi preciso que todos os recursos hospitalares fossem expressamente destinados às finalidades médicas, ficando submetidos ao comando funcional e administrativo da classe médica.”³³⁴

A 5ª estudante começa seu depoimento comparando o Hospital das Clínicas com hospitais particulares da cidade de Campinas que conhece e afirma que o que a assusta não é o ritmo de trabalho, expresso pela frase “*não que não seja uma coisa corrida*”, mas a gravidade das doenças que atende, revelado no seu depoimento pela expressão que “*você não vê tanta desgraça junto pois o hospital é pequeno*” e contrapõe afirmando que no HC “*a cada quarto que se entra...*”

“Uma coisa que você [vê quando] entra nas enfermarias, não que não seja uma coisa corrida, mas você não vê tanta coisa, ou as desgraças eles escondem (sorriso) é que você não vê tanta desgraça junto pois o hospital é pequeno. (sorriso) E a UNICAMP ela assusta nesse sentido, cada quarto que você entra.....[olhar arregalado para expressar susto]”

(Depoimento da 5ª Estudante ? estagiária – grifos nossos)

A estudante escolhe por não exprimir o seu pensamento, mas a expressão de espanto dos olhos, nos leva a crer que traz na memória lembranças, sobre as quais ainda não consegue falar devido a sua temporalidade ergológica. A existência desse momento é revelado no depoimento da 1ª Estudante:

“Mesmo quando terminou o estágio ainda um pouquinho você leva, um pouquinho!... (risada) As vezes até é bom, porque você pensa: não, lá eu vivi assim!. E superei assim. Então, mas, não que fique tão pesado. Você pega a parte boa agora, já não é o peso nas costas, são as minhas memórias. Eu busco nas memórias até para ter uma explicação para o que você está vivendo naquele momento.”

(Depoimento da 1ª Estudante? estagiária – grifos nossos)

³³³ Baseado no relatório estatístico das internações do ano 2000 elaborado pelo Núcleo de Informática do HC/UNICAMP.

³³⁴ José L. ANTUNES, *Hospital: instituição e história social*, p. 9.

À princípio, ao realizar atendimentos a doentes com doenças infecto contagiosas, temem o risco de infecção hospitalar. Este temor pode levar algumas estudantes a se absterem de irem à algumas enfermarias, mediante o uso de desculpas ? fato que posteriormente revelam em supervisão ? alegando terem ficado temerosas em relação a certos atendimentos. As dúvidas quanto à necessidade do uso de equipamentos de proteção individuais (EPIs) como máscaras e aventais e higiene das mão após cada atendimento, freqüentemente, as confundem.

Este desconhecimento ou preocupação não foram registrados nos diários de campo, todavia, à medida que realizam o cuidado ao doente vão, gradativamente, entendendo a natureza dos riscos e aprendem o uso apropriado. E, este é um aprendizado que se dá na relação direta com os demais profissionais, pois como o conceito de “cautela” não responde a cada situação específica, é diante da necessidade concreta de cada atendimento no leito, que se dá a discussão com equipe médica e de enfermagem sobre os riscos implicados naquela situação específica de atendimento.

“Eu acho que é uma experiência incrível, atendimento ao leito, principalmente, ir à enfermaria e plantão, acho que dá assim uma bagagem muito boa. Aparece muita coisa, aparece muito coisa, trabalha com recurso, mesmo fora.(...) do resto eu consegui atender, eu tive uma boa experiência.”

(Depoimento da 4ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Observa-se que a atividade ergológica que cada uma realiza entre pólo 1 e pólo 2, a partir da realização das atividades de trabalho, vai permitindo a assimilação dos saberes da prática e dos saberes disciplinares o que lhes permite irem concretizando sua formação a partir das atividades que realizam, na condição de estudante estagiária quer, sobretudo, em relação ao próprio tornar-se profissional, mostrando a não separação da teoria e prática, propalada quando da formação, no âmbito da universidade.

E tornar-se profissional significa aprender o dever ser da profissão.

“Na relação de ensino?aprendizagem pelo trabalho, o trabalhador vai tendo a sua formação profissional, ou seja vai aprendendo o trabalho. Contudo, junto com a aprendizagem da formação profissional, aprende-se o dever ser, vale dizer, vai sendo o trabalhador educado.”³³⁵

³³⁵ Maria Inês ROSA, *Trabalho, subjetividade e poder*, p. 78. (grifos nossos)

No dever ser referido pela autora, o desafio de estabelecer as micro?gestões necessárias a viabilização do cuidado e fazê-lo bem feito, o que significa realizar os atendimentos pautado nos valores sem dimensão da vida e do bem comum.³³⁶

*“O trabalho é a forma que toma para o homem o esforço universal de solução do conflito. As normas do trabalho tem, portanto, inevitavelmente um aspecto mecânico mas só são normas pela sua relação axiológica da vida, da qual a humanidade é a tomada de consciência.”*³³⁷

Além da dificuldade de desenvolver sua atividade de formação na realização da assistência ao doente em presença de diversos saberes, hierarquização de poder e saber, prevalência da lógica mercantil sobre a lógica dos valores sem dimensão, ou seja, dos valores não quantificáveis, há que se considerar o aspecto do ritmo de trabalho nos hospitais descrita pela 5ª Estudante através da expressão “*não que não seja uma coisa corrida*”, pois no hospital tudo está em constante movimento. A pressa na realização do cuidado leva a uma prática de diálogos curtos, entrecortados, dos quais se ressentem as estudantes.

“Foi, por exemplo como no meu caso, aconteceu várias vezes, de você estar fazendo uma coisa, então eu ia. (...) Olha paciente precisa disso, precisa ligar para tal cidade, fazer isso, fazer aquilo, Você vai. No meu caso eu ia, pedia a orientação para quem estava lá.[plantão] Quando eu começava a fazer: ‘Ah! você tem que falar isso, você tem que fazer aquilo’ Na hora não te explicam nada. Depois que você desliga: ‘Ah! você falou isso, você perguntou isso, perguntou aquilo, você viu aquilo lá.’ Então, é uma coisa que te dão tudo pela metadinha. Sabe? Era uma coisa que eu nunca tinha feito, ligar para cidade, para exigir ? entre aspas ? a medicação do paciente.”

(Depoimento da 5ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

A estudante se refere as dificuldades para a realização da interlocução com a própria equipe do Serviço Social e com as demais equipes uma vez que vão estabelecendo as pautas de cuidados necessárias para a alta do doente de modo fragmentário, num processo cheio de idas e vindas.

Nas discussões, há sempre algo que não foi dito ou lembrado e que algum outro profissional acrescenta ao longo do dia. A estudante atribui isso a uma falta de organização e de colaboração revelada pela expressão “*na hora não te explicam nada*” e “*tudo pela metadinha.*”

³³⁶ Denise ALVAREZ, *Produção acadêmica no Instituto de Física da UFRJ: questões ligadas a temporalidade, organização do trabalho e avaliação*, capítulo 3.

³³⁷ G. CANGUILHEM, *Meio e normas do homem no trabalho*, p. 24.

O assistente social e as estudantes negociam com as entidades municipais e estaduais, com outros serviços públicos, como secretarias de saúde ou promoção social. Essa negociação dá-se em função das pautas previamente definidas, quando o diálogo se estabelece a partir de uma pauta de cuidados indispensáveis, para que o doente possa obter alta, retornar a sua família, sua casa, enfim, para sua vida. Esta “conversa” se estabelece mediante uma pauta de cuidados que é prescrita pela equipe médica, de enfermagem, da nutrição e, pelo próprio, assistente social.

A 1ª Estudante descreve em seu diário de campo a realização da reunião na qual se estabeleceu a pauta de cuidados para que um doente internado tivesse condição de obter alta mediante a viabilização dos recursos terapêuticos e de alimentação para sua recuperação.

“Nesta descrição escolhi para relatar um caso vivenciado onde se fez presente a discussão de um caso onde estiveram envolvidos equipe médica, equipe de nutrição e serviço social. Trata-se de um caso onde foi detectado um grau elevado de desnutrição de uma criança. A reunião da equipe se deu a partir da compreensão que cada um poderia estar contribuindo com seus conhecimentos na busca da solução para o problema. O médico apresentou os riscos que a criança corria se não fossem tomadas os devidos cuidados, a nutrição apresentou os alimentos que poderiam ser substituídos, apresentando o mesmo resultados a um preço mais acessível e o serviço social apresentou a situação sócio econômica da família bem como os recursos existentes na comunidade. Podemos perceber que quando há interação entre a equipe de profissionais da saúde os resultados fluem e os caminhos para a solução tornam-se mais curtos.”

(Diário de Campo 1ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Apreende-se na descrição da estudante que a discussão da equipe diz respeito à uma etapa anterior, a da interlocução com outros serviços. É nesta reunião de equipe que se cria a pauta de cuidados que alude às necessidades particulares de cada situação, explicitada pela estudante, a partir do uso contínuo da expressão “caso”.

Observa-se que na apresentação das responsabilidades nomeadas, ao citar cada profissional, demonstrou que havia como antecedente relevante a questão social correlacionada com a situação de saúde. O que se explicitou quando se referiu à nutrição uma vez que ao listar os alimentos destacou que o fez a partir “*de alimentos que poderiam ser substituídos, apresentando o mesmo resultados a um preço mais acessível.*” A diminuição do custo é uma variável que permite às famílias com menores recursos poderem ter condição de acesso para a aquisição da alimentação, e caso as famílias não

possam adquiri-la, permite às entidades municipais se organizarem para a sua aquisição a um preço menor.

A particularidade da atividade de trabalho do Serviço Social se apresenta no fato de buscar viabilizar o “*conteúdo geral prescrito*” feito mediante um conceito de cuidado mais genérico, contraposto às características específicas da situação atendida e que precisa coadunar com a disponibilidade de recurso ou de compromisso que as organizações governamentais ou não governamentais da cidade do doente assumem ou não. Essa interface com o mundo externo, necessária para viabilizar a alta do doente, está explicitada no registro do diário através do uso da expressão “*recursos existentes na comunidade.*”

“*Sabe? Era uma coisa que eu nunca tinha feito, ligar para cidade, para exigir ? entre aspas ? a medicação do paciente.”*

(Depoimento da 5ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Na expressão “*exigir ? entre aspas ? a medicação do paciente*” refere-se a forma da interlocução que se dá com as entidades municipais, pautada na noção de que o cuidado é condição *sine qua non* de continuidade da vida, portanto trata-se de um recurso que não pode deixar de ser concedido. O diálogo é centrado no binômio vida/morte pois tem no horizonte o risco do agravamento do quadro da doença e a possibilidade da morte. Um antecedente que está presente na negociação da estudante com as entidades sociais é o fato de que ela o faz somente nas situações em que o doente e sua família não possuam recursos para adquirir estes cuidados dada a falta de condição da família de arcar com essa responsabilidade.

Uma análise criteriosa das atividades de trabalho que as estudantes realizam revelam que estas são feitas a partir de normas antecedentes, inclusive de sua profissão em processo de formação, e que requerem para a realização da atividade as dramáticas de uso de si, gestão de tempo e de situação, pautada na experiência do trabalho concreto e na discussão de suas ações sempre que necessitarem. Reduzi-las a uma atividade de treinamento, tal qual tem sido feito nos trabalhos que tem sido escritos sobre as experiências de estágio supervisionado no Serviço Social, implica em realizar uma análise da atividade reduzindo-a a simples execução da norma antecedente. Significa, no nosso entender, ignorar que nela há um sujeito que constrói história e itinerário de saber. Estas atividades revelam e escondem tomadas de posições, confronto de valores do qual o dia a

dia está repleto. Significa fazer uma leitura das atividades de trabalho a partir do subdimensionamento ao qual nos referíamos, através de Schwartz na apresentação deste trabalho. As atividades cotidianas de trabalho em qualquer área, no nosso entender, não podem ser reduzidas a uma leitura do trabalho como atos de execução.

“(...) A idéia de que o trabalho é maciçamente ‘manual’ ou concebido e preparado por outros, portanto, lugar de inteligência reprimida, mecânica sem condições culturais de operatividade,”³³⁸ tem como consequência a redução a seu conteúdo formal pois ao mesmo tempo ele é tido enquanto simples execução da norma prescrita. Daí se acentuar o caráter de atividade mecânica e repetitiva, “onde o trabalho, caixa preta e *terra incógnita*, é neutralizado de sua efetividade inventiva.”³³⁹

Os profissionais da saúde precisam enfrentar desafios singulares e coletivos para realizarem a assistência específicas dele demandadas. Entendemos que a atividade cotidiana frente a um doente, seus familiares, equipe médica se constitui num desafio que o profissional de saúde e, por extensão, o estudante é convocado a interferir, e ele o faz usando o “si”.³⁴⁰ Há um debate interno que o mobiliza por inteiro, num conflito ao mesmo tempo, angustiante e criador.³⁴¹

“As micro escolhas do uso de si que revelam todo estudo microscópico dos atos de trabalho fazem evidentemente aparecer de qual ponto este ‘si’ se utiliza ele mesmo e, por consequência, se forma como indivíduo em função de laços, de antagonismos de potencialidades, de vida que as relações sociais engendram na sua própria história.”³⁴²

A estudante quando inicia seu trabalho ela não se apresenta sem saberes. Ela trás consigo tudo “aquilo que os homens desde a infância se informam no patrimônio universal, se individualizam no curso das experiências sociais que a vida lhes propõe, isto não pode existir sem consequências profundas sobre a questão do conhecimento dos sujeitos singulares assim formados.”³⁴³

“O drama pessoal, a elaboração de ‘identificações’, a aprendizagem marcada de simbolismo, sendo operados à parte destas situações sociais, para a subjetividade

³³⁸ Yves SCHWARTZ. Pensar o trabalho e seu valor. *Idéias*, 3 (2) : 115.

³³⁹ *Ibid.*, p. 115. (destaque do autor)

³⁴⁰ IDEM, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 44

³⁴¹ Helder P. MUNIZ, A gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, p. 27

³⁴² Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 45.

³⁴³ *Ibid.*, p. 42.

*não seria boa. Porque o sujeito não faria senão negociar ou reagir ao trabalho sem ser convocado por ele como momento de sua história, a atividade industriosa não exprimiria senão parcialmente os traços da sua presença.”*³⁴⁴

Também no caso da estudante o que se está constituindo é esse itinerário de saberes incorporados, ou seja além dos saberes do pólo 1 ou do registro I, há os saberes da atividade concreta (pólo 2 ou registro II), provocando uma sinergia que coloca em movimento o trabalho interdependente da equipe de saúde, numa lógica, necessariamente coletiva.

*“Um outro aspecto que nos cabe aqui examinar como característica do trabalho hospitalar enquanto prestação de serviço é a necessidade de funcionamento diuturno, implicando, no nosso meio, o regime de plantões.”*³⁴⁵

Nas enfermarias do hospital esses coletivos de trabalho de geometria variável estão presentes devido a uma característica marcante, decorrente do cuidado continuado ao doente durante as vinte e quatro horas do dia. Isto acarreta trabalhos em turnos e cuidados partilhados nas enfermarias nos diversos andares, envolvendo diversas especialidades atendendo um mesmo doente, em função do tratamento associado de diversas patologias (co-morbidade).

*“À lembrança desta verdadeira dificuldade das cooperações logrando êxito, soma-se a impossibilidade quase geral de definir coletivos estáveis e circunscritos. Sempre nos deparamos, segundo os casos, com coletivos de geometria variável (no tempo e espaço), em superposição ou recobrimentos parciais (...) não é possível identificar crisóis estáveis para essa enigmática ‘competência coletiva.”*³⁴⁶

Em nossa discussão sobre as atividades de estágio das estudantes, buscamos compreender essas ações enquanto formas de intervenção no meio. Pois entendemos que o meio ? enfermaria do hospital universitário ? possibilita às estudantes contato com situações que propõe dilemas, *“porém propor-se não é o mesmo que impor-se.”*³⁴⁷

*“A pessoa no trabalho é também um corpo que tem uma história, que é sua própria história.”*³⁴⁸

A gestão de situação convoca a estudante a partir da norma antecedente a realizar a atividade concreta de trabalho, porém do seu modo: não há um único modo, mas vários

³⁴⁴ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 35.

³⁴⁵ Ana PITTA, *Hospital dor e morte como ofício*, p. 57.

³⁴⁶ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 23.

³⁴⁷ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 212.

³⁴⁸ Yves SCHWARTZ, Trabalho e educação, *Presença Pedagógica*, 7(38) :15.

dando-se pelas singularidades. Assim, a estudante nas atividade de trabalho ? tal qual ocorre em todos os campos de atividade humana ? ressingulariza, renormaliza conforme o seu próprio ser, sua história de vida. E de novo salientamos, conforme Canguilhem:

*“Uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença. No entanto, propor-se não é o mesmo que impor-se. Ao contrário de uma lei da natureza, uma norma não acarreta necessariamente seu efeito.”*³⁴⁹

Nesta medida a atividade de estágio se constitui um espaço de construção do sujeito no mesmo ato em que se dá a sua formação através da atividade, pois a prática de estágio remete ao uso de si e uso de si por si mesmo, concomitantemente, levando a busca de uma prática possível, como assinala Schwartz, “o uso é formador dos indivíduos que são utilizados.”³⁵⁰

“Não sei se foi a prática, se foi eu não ter mais vergonha, Não sei ... não sei.... Acho que é a prática do dia à dia. Eu, até acho muito engraçado isso, porque eu já vi estagiárias atendendo grupos e também ficar assim... passar a orientação assim, não quebrar o silêncio, eu ia até achar que o grupo é muito chato, que o pessoal que internou é muito chato. Eu já vi isso (risada) Agora, você vendo isso, pode até ter gente que olha hoje e fala que aquela moça gosta de grupo, tem vocação. Mas não é, é porque é normal. Ainda mais quando eu começo a fazer o grupo eu não fico apavorada, eu não tenho vergonha de fazer, não tenho medo de errar...então é normal.”

(Depoimento 4ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Neste depoimento a estudante busca sintetizar seu itinerário que parte de uma época onde a realização da atividade estava sendo aprendida e fazê-la ainda não era “normal”. Momento no qual estavam presentes as dificuldades de um contato com um meio novo.³⁵¹ Todavia, na realização da atividade, ela se torna capaz de (re)normalizar, porque como Canguilhem, acreditamos que “todo homem quer ser sujeito de suas normas.”³⁵²

*“A razão profunda deste pluralismo de normas se encontra na pluralidade de valores que podem ser julgados em toda organização econômica. A relatividade do normal depende da multiplicidade dos valores.”*³⁵³

Na expressão de que pode “ter gente que olha hoje e fala que aquela moça gosta de grupo, tem vocação. Mas não é, é porque é normal” a explicitação de um sentido para si

³⁴⁹ Georges CANGUILHEM, *O normal e o patológico*, p. 212.

³⁵⁰ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 41.

³⁵¹ Georges CANGUILHEM, *Meio e normas do homem no trabalho*, p.11.

³⁵² *Ibid.*, p. 23.

³⁵³ *Ibid.*, p. 18.

que a atividade representou mergulhada nessa pluralidade de valores. O protocolo de realização do grupo existia na área enquanto norma prescrita. Como dever ser ela buscou realizá-lo bem, o que lhe permitiu encontrar sentidos, criar incessantemente novas normas, para fazer-se através de sua atividade.

“A importância também para atender, eu levo a experiência do grupo também para o leito, por que quando eu tinha dificuldades para atender o grupo, eu levava essa dificuldade para atender o paciente individual. O paciente individual ele também está lá, ele é quieto, ele pode não estar a fim de conversar, então a experiência do grupo me levou também a atender melhor a entrevista no leito, eu chego no paciente, eu não tenho o medo que eu tinha antes de ir na enfermaria, quando fazia grupo eu também ia na enfermaria, então tinha paciente que ia, mal falava comigo, e não voltava e eu não queria voltar nunca mais lá. E, hoje, não, eu levei a própria experiência do grupo para a própria enfermaria, eu consigo descontraí-los mais. A própria família também é fechada, você chega a família está lá. Na verdade você é que tem comunicar, você que tem que descontraí-los o paciente e a família, e é raro o paciente e a família que é o contrário, que vão te descontraí-los. Tem muitos que são, ou abertos, e você chega e eles conversam, mas normalmente, você é que tem que descontraí-los. Tentar fazer isso. Então o trabalho em grupo contribuiu....muito. E também a observação não é? Eu observo mais.”

(Depoimento 4ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Ainda considerando o depoimento da 4ª Estudante para poder pensarmos sobre a sua experiência e como ela foi sendo marcada, ao longo do tempo, pelo desenvolvimento das dramáticas de uso de si, de seu corpo-si, tornando-lhe possível adquirir experiência a partir da realização das atividades de trabalho, conforme revelado no depoimento que se segue.

“Se eu fizer um grupo hoje, é diferente de dois anos atrás, fico atenta a certos detalhes, hoje a hora que eu bato o olho no grupo, que eu sei que vou atendê-los, eu vejo como a pessoa está sentada, como está a mão, se estão todos juntos, se está algum separado, já eu observo mais.....Até a bolsa pela forma como está no chão, às vezes põe a bolsa no corpo, tem outros que chegam jogam a bolsa de lado, a malinha põe lá, senta mais a vontade, outros não, outros já chegam e não desgrudam da bolsa por nada, não é? Outros já não, outros já chegam vão olhar na sacada, vão olhar o que tem no hospital e o que não tem, então estão mais descontraídos.”

(Depoimento 4ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Nesse depoimento a estudante explicita a dramática de uso de si por si, o corpo-si, no entrecruzamento e na indissociabilidade dos saberes disciplinares e os nascidos da prática, em sua formação, na atividade de trabalho. Ao mesmo tempo, ela revela como a formação permitiu-lhe constituir um e outro saber, transitando entre diversos saberes, nesta atividade. Por isso demarca o tempo, valorizando-o, através da expressão “se eu fizer um grupo hoje, é diferente de dois anos atrás.” A estudante acentua a importância da duração do tempo de

realização da atividade pois esta “*se manifesta na ancoragem singular, histórica*”³⁵⁴ do segundo ingrediente. Este tem como característica fundamental a relação que cada ser vivo humano estabelece entre o pólo 1 e o pólo 2, que aqui remetem àqueles saberes. E este ingrediente envolve todos os outros ingredientes, pois está marcado pelo protocolo experimental (pólo 1) e pela experiência (pólo 2), ou seja, o encontro entre ambos que cada ser vivo humano realiza, na atividade de trabalho.

Essa “*ancoragem singular, histórica*” indispensável para uma relação sinérgica, exige a apropriação de conhecimentos diversos dando-se no encontro entre experiência e conhecimento. Nossa indagação foi no sentido de buscar compreender como se deu esse encontro das estudantes com as demais equipes profissionais. Acreditamos que aprender a trabalhar em equipe se constitui um desafio fundamental na formação pois habilita o profissional para atuar no trabalho na saúde.

*“Esta articulação enigmática dos registros retorna sem cessar nos propósitos dos trabalhadores em equipe: um constata que as relações na equipe e com as outras equipes ‘são fatores importantes da boa marcha do procedimento’, porque a conduta do processo ‘exige relações contínuas entre os homens da equipe’. Mas esta troca permanente seria portanto impossível sem um ‘espírito de camaradagem que apela a noção de trabalhador coletivo.’”*³⁵⁵

Ao analisarmos a formação através das atividades de trabalho seria oportuno refletir sobre o conceito que as estudantes utilizaram, em seus diários de campo, sobre trabalho de equipe uma vez que realizaram suas atividades na interdependência com outras profissões.

“O mais interessante foi a discussão do caso por todas as equipes envolvidas, onde cada qual avaliou suas implicações e como agir.”

(Diário de Campo da 7ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

“A interação entre equipe é fundamental, pois compreendem que estão lutando por um objetivo comum, por isso todos estabelecem uma troca de dados demonstrando desta forma o espírito do que significa trabalhar em conjunto, ou seja, trabalhar em equipe.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Nos dois registros do diário, as estudantes demonstram como se dá a relação entre os profissionais envolvidos no cuidado, trata-se de uma relação de troca, de cooperação centrada na idéia da superação de um problema, que aparece descrito na registro da 1ª

³⁵⁴ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 13.

³⁵⁵ IDEM, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 38.

Estudante no uso da expressão “*compreendem que estão lutando por um objetivo comum*”. Esta luta se reveste da visão, freqüentemente, marcada na medicina pelos binômios que estabelecem relação de pólos opostos como a luta entre vida e morte e saúde e doença. A contribuição que cada profissional apresenta refere-se ao lugar que cada um ocupa na equipe.

*“Por trás de toda vida profissional, toda mutação do conteúdo do trabalho, se perfila um problema de coerências individuais, no qual a percepção do ‘ofício’ aparece determinante. Se o trabalhador em equipe não reaproveita seu ofício, ele pode se sentir excluído desta cadeia que liga seu destino aos que decidem e vivem o cotidiano; (...) Ao contrário, apreender seu ‘ofício’ é a mesma coisa que perceber o sentido da camaradagem e do ‘bom ambiente’; é medir mais claramente seu papel na cadeia, condição para viver melhor em coerência a vida social e a vida familiar e a vida pessoal.”*³⁵⁶

Temos nesse momento um elemento para pensar como está relacionado esse “apreender seu ‘ofício’” e a importância disto uma vez que a estudante está em processo de formação através do trabalho no estágio para saber qual o espaço que o sujeito ocupa no trabalho coletivo. Daí a importância de pensarmos quão importante é o sentir-se seguro sobre a própria formação e confiante quanto ao próprio trabalho.

“‘Será que é só isso que eu vou fazer? Será que é suficiente? Será que é isso que eles esperam da gente? Tanto os pacientes como a equipe profissional?’ – mas hoje eu já vejo que era. Nem que seja só esse momento de acolhimento, eu acho que é fundamental, para quem está ali no meio, no leito, situação tão difícil!”

(Depoimento 2ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Nas demandas do cotidiano a estudante necessita aprender a utilizar o “si” de que nos fala Schwartz, para não se “*sentir excluído desta cadeia que liga seus destinos aos que decidem e vivem o cotidiano.*”³⁵⁷

“Sentido de mostrar o serviço, o nosso serviço, principalmente o nosso serviço, porque as vezes as pessoas acham que a gente só conversa, não é? (sorriso) Então é preciso registrar o que a gente faz. Por que as pessoas não sabem o que o Serviço Social faz.”

(Depoimento 3ª Estudante? estagiária? grifos nossos)

Inspiramo-nos na discussão de Rosa³⁵⁸ sobre o agente e o sujeito, a partir de Arendt, para discutir esse depoimento. A estudante nesta frase se refere à dificuldade de definir o que o Serviço Social faz e revela outra face deste fato, que implica na dificuldade de se

³⁵⁶ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 39. (grifos nossos)

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 39.

³⁵⁸ Maria Inês Rosa, Do governo dos homens: novas responsabilidades do trabalhador e acesso aos novos conhecimentos. *Educação & Sociedade*, XIX (64) : *passim*.

reconhecer e de se fazer conhecer. Como seu depoimento remete às discussões do que o assistente social realiza, está se referindo, portanto a questão do agente.

“Acho que todo grupo que trabalha no começo as pessoas dizem: ‘Vamos observar quem é ela.’ Não é? Então, a equipe de enfermagem, no começo, eu senti um pouco de resistência. Enfermagem tem sempre mania que acha que também pode fazer serviço social, não é? Então (sorriso) ‘Ah! eu posso fazer isso.’ e ‘Ah!!! uma “ligaçozinha” eu posso fazer!’ Então, de certa forma eles não conhecem o trabalho dela e eles não sabem o que ela faz. Mas a gente acha que é isso’. Então eles sentem um pouco de desconfiança até eu senti um pouco de provocação: ‘Vamos ver se ela faz isso?’”
(Depoimento da 3ª Estudante ? estagiária – grifos nossos)

Num outro depoimento da 3ª Estudante, apreende-se a sua preocupação em indagar-se quem é o assistente social. Aqui a discussão remete, não mais a esfera do agente mas do sujeito. Ao se referir ao assistente social ela o faz a partir da pergunta quem, que segundo Rosa³⁵⁹, na perspectiva de Arendt, refere-se ao sujeito.

*“Embora plenamente visível, a manifestação da identidade impermutável de quem fala e age retém certa curiosa intangibilidade que frustra toda tentativa de expressão verbal inequívoca. No momento em que desejamos dizer **quem alguém é**, nosso próprio vocabulário nos induz ao equívoco de dizer **o que** esse alguém é, enleamos-nos numa descrição de qualidade que a pessoa necessariamente partilha com outras que lhe são semelhantes; passamos a descrever um tipo ou ‘personagem’ na antiga acepção da palavra, e acabamos perdendo de vista o que ela tem de singular e específico.”*³⁶⁰

Diante da dificuldade de responder quem é o assistente social ela realiza o percurso descrito por Arendt, “o fato de que a manifestação do ‘quem’ assume a mesma forma das manifestações – notoriamente duvidosas – dos antigos oráculos que, segundo Heráclito, ‘não dizem nem escondem, apenas dão a entender.’”³⁶¹

Entendemos que com essa referência a estudante buscava se interrogar não sobre as atividades que o profissional assistente social realiza, mas buscava apreender esta entidade enigmática³⁶² o “sujeito” analisada por Arendt³⁶³, Rosa³⁶⁴ e Schwartz³⁶⁵. Dada essa intangibilidade de que fala Arendt, a estudante apresenta na referência feita à enfermagem

³⁵⁹ Maria I. ROSA, Do governo dos homens: novas responsabilidades do trabalhador e acesso aos novos conhecimentos. *Educação & Sociedade*, XIX (64) : *passim*.

³⁶⁰ Hannah ARENDT, *A condição humana*, p. 194. (destaques da autora)

³⁶¹ *Ibid.*, p. 194.

³⁶² Maria I. ROSA, Trabalho- nova modalidade de uso de si e educação: debates/confrontos de valores, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 53.

³⁶³ Hannah ARENDT, *op. cit.*, p. 194.

³⁶⁴ Maria I. ROSA, Trabalho- nova modalidade de uso de si e educação: debates/confrontos de valores, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 53.

³⁶⁵ Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições*, 11, 2 (32) : 47-49.

“‘Ah! eu posso fazer isso’ e ‘Ah!!! uma ‘ligaçãozinha’ eu posso fazer!’” e afirma que apesar do fato de que de “certa forma eles não conhecem o trabalho dela” [assistente social] e concluem a partir desta exterioridade que “a gente acha que é isso.” No uso do diminutivo “ligaçãozinha”, a tentativa de demonstrar o desprezo pela atividade do outro gerado pelo desconhecimento desta, em função de uma visão do trabalho da profissão visto sob a perspectiva de uma redução aos atos que executa e não aos saberes do qual se utiliza.

A partir da discussão de Rosa sobre sujeito e agente, façamos o percurso oposto ao realizado pela estudante, que na busca do “sujeito” se atém ao agente, tomemos a proposta feita por Duraffourg “de instalar a atividade concreta de trabalho no centro da prática de conhecimento das situações de trabalho”³⁶⁶ o que nos obrigará a “descompartimentar os saberes disciplinares.”³⁶⁷

“Procedimento posto em prática pela APST [Análise Pluridisciplinar de Situações de Trabalho] constitui um esforço dessa natureza conduzido pela atividade de trabalho, e apreendido como uma gestão sempre singular da distância que existe entre ‘o que se pede ao trabalhador e o que isso lhe pede’ (F. Hubault), entre o que é prescrito e o que acontece realmente.”³⁶⁸

A partir da discussão iniciada pela 3ª estudante nos perguntamos mas, afinal no que consiste fazer uma ligação?

Retomemos o exemplo descrito no diário de campo da 5ª estudante sobre suas dificuldades para saber fazer a ligação telefônica para atender a um pedido de um doente.

“Foi, por exemplo como no meu caso, aconteceu várias vezes, de você estar fazendo uma coisa, então eu ia. ‘Olha paciente precisa disso, precisa ligar para tal cidade, fazer isso, fazer aquilo.’ Você, vai, no meu caso eu ia pedia a orientação [plantão]. Quando eu começava a fazer. ‘Ah! Você tem que falar isso, você tem que fazer aquilo.’ Na hora não te explicam nada. Depois que você desliga. ‘Ah! você falou isso, você perguntou isso, perguntou aquilo, você viu aquilo lá’. Então é uma coisa que te dão tudo pela metadinha. Sabe? Era uma coisa que eu nunca tinha feito, ligar para cidade, para exigir ? entre aspas ? a medicação do paciente.”
(Depoimento da 5ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Os registros nos diários de campo tem demonstrado que há um desafio nas atividades concretas que consiste em saber como atender e como entender o outro, nisto reside uma gama de variabilidade a ser gerida pela estudante.

³⁶⁶ Jacques DURAFFOURG, Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho, *Emprego desenvolvimento tecnológico: Brasil contexto internacional*, p. 126/27.

³⁶⁷ *Ibid.*, p. 126/27.

³⁶⁸ Jacques DURAFFOURG, *op. cit.*, p. 126.

Quando a 5ª Estudante descreve seu problema referente à necessidade de realizar uma ligação ela inicia o argumento descrevendo que o “*paciente precisa disso.*” Analisemos esta questão: quando chega ao estudante um pedido, ele é feito de forma nada clara à base da emoção ou na premência de um pedido urgente. Nestas situações, os doentes não sabem precisar o número do telefone, não sabem definir a que cidade pertencem, ou desconhecem o sobrenome do parente só sabem o apelido, nem sabem o número da casa nem o bairro, mas sabem descrever a cor do imóvel. Isto demanda do entrevistador, no caso a estudante estagiária ou assistente social, um saber específico que é acolhê-lo para auxiliá-lo a encontrar algum indício para tornar-se capaz de realizar seu pedido. Um entrevistador assustando aflige o doente e agrava a sua angústia. Um entrevistador indiferente, diz logo que não há maneira de resolver o problema. Todavia, um profissional com compromisso ético, apresentaria alternativas para auxiliá-lo na organização do pensamento e na localização de alternativas factíveis. Para isso torna-se necessário dialogar com o doente para saber do que ele necessita e construir um caminho baseado no possível singular do entrevistador frente às possibilidades que a situação apresente.

Continuemos o exercício de colocar a atividade de fazer uma ligação telefônica no centro de nossa discussão. Já vimos que dialogar, saber ouvir pode auxiliar na identificação do problema. Vejamos uma seqüência pautada num tipo de registro que apareceu com maior intensidade nos diários. Trata-se de situações onde há alguém recém internado, em situação de risco iminente de vida, daí o próximo passo é localizar a cidade de moradia do doente, buscar apreender o relacionamento familiar; a existência ou não de direito social. Caso possua algum direito, será necessário orientá-lo sobre os critérios de inclusão e a documentação necessária. Mas, ao fazê-lo torna-se necessário falar numa linguagem que lhe seja familiar, compreensível. Se tiver direito a um benefício relativo ao fato do adoecer demandará atestado médico.

Dessa constatação de direito até a emissão do atestado surgem freqüentes problemas no relacionamento da equipe de saúde, conforme se apreende das duas situações relatadas a seguir:

“Em contrapartida ao relatado acima, também vivenciamos uma situação onde um residente que, por não procurar interagir do caso por completo, ficando apenas na

questão clínica, deixou de realizar um procedimento solicitado pelo serviço social (preenchimento da CAT³⁶⁹) no momento da internação do paciente. Tal procedimento só foi realizado no momento da alta hospitalar, depois de muita insistência do Serviço Social onde ficou evidente o descaso do residente pelo procedimento realizado. Infelizmente, deparamos com profissionais com visão individualista e egocêntrica, não compreendendo que o ser humano é um todo, e que se não for tratado como tal, ou seja, se for tratado numa visão fragmentada, dificilmente alcançará resultados eficazes de seus objetivos.”

(Diário de Campo da 1ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

Solicitar da equipe médica documentação necessária e atestado tem se constituído uma gestão carregada de intensa dificuldade dado que, com frequência os médicos adiam a concessão de atestados, que somente eles podem conceder. Referem que esta é uma atividade burocrática, incompatível com o saber médico. Fonte de atrito constante entre o Serviço Social e equipe médica, em muitas situações há apelo a administração do hospital para exigir cumprimento deste direito do usuário. Estes antecedentes compõe, ainda, etapas prévias da ligação. Outra forma pode ser utilizada para resolver o conflito sobre o atestado médico e foi exposto no depoimento da 3ª Estudante.

“Da equipe médica, ... a gente... Eu senti um pouco [de dificuldade] Como você sabe médico se sente um pouco deus... Então, lógico, eu tive que entrar e me posicionar, eu estou aqui trabalhando com você eu sou como você. Ele é também estagiário, só que tem nome de residente, mas ele é também estagiário. Não deixa de ser, não é? Colocar de igual respeitando. Colocar meu trabalho é esse! O seu, é esse. O meu depende do seu e o seu depende do meu. Se o paciente tiver que ir embora de alta e não tiver condições ele vai voltar, daí vai ocupar de novo seu leito não é?”

(Depoimento da 3ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Para enfrentar a relação desigual que consiste na discussão com algum médico percebe-se que a 3ª Estudante realizou um artifício de colocar para si o argumento que reduzia o impacto da diferença entre estudante e residente, por isso no seu depoimento ela igualou-o ao estagiário. Ela percebe o artifício do qual se utilizou, o que é expresso no depoimento pelas reiteraões “*ele é também estagiário*” e “*tem nome de residente, mas ele é também estagiário*”. Essa tentativa de igualá-lo a si como estagiária, deu-se para se sentir em condição de dar prosseguimento ao argumento de interdependência do qual pretendia se utilizar. Curioso constatar como se utilizou da lógica mercantil, do valor que tem o leito

³⁶⁹ A estudante refere-se à Comunicação de Acidente de Trabalho que deve ser preenchida pelo médico ou equipe médica responsável pelo atendimento, imediatamente após a ocorrência do acidente. Nesta consta declaração de nexos causal entre lesão sofrida e acidente ocorrido no ambiente de trabalho ou no trajeto casa/trabalho ou trabalho/casa.

para o residente, por isso a expressão “*seu leito*”. Numa alusão à forma deles se referirem ao leito da disciplina na qual fazem residência.

Este entendimento/gestão de situação só pode se dar em função da estudante ter apreendido o sentido que o seu trabalho de estudante tem para o dinamismo da área. O que lhe permitiu um diálogo pautado no valor do próprio trabalho que realiza em comum com a equipe. Trata-se do 6º ingrediente ao qual se refere Schwartz que permitiu à estudante, neste caso, “*“pensar de modo coletivo’ ? que como afirma o autor ? sempre comporta algo da natureza de uma escolha conjuntural.*”³⁷⁰ Aqui, novamente os saberes do pólo 2 requisitaram os do pólo 1 no processo de tomada de decisões e no confronto de valores.

Portanto a atividade de realizar uma ligação é antecedida e seguida por uma série de confrontos/encontros e tomada de decisões que vão desde o diálogo, confronto com os demais profissionais envolvidos até a finalização da atividade/assistência. Após concluída essa etapa de discussão com os médicos e obtido o atestado necessário para dar seguimento ao atendimento se segue uma outra série de atividades que implicarão em outras e novas indagações.

“Que o paciente precisa daquilo, logicamente, que saber disso eu sabia, agora como eu vou falar com a pessoa? com quem que eu vou falar?”

(Depoimento da 5ª Estudante? estagiária ? grifos nossos)

A resposta a essa indagação pode significar envolver pessoas, entidades, vizinhança do doente para localização imediata dos seus responsáveis. Como o doente está internado e não pode deixar o hospital até a alta hospitalar, a família ou os conhecidos serão sensibilizados para virem ao hospital, receberem uma procuração do doente e para serem orientados sobre o caminho a ser seguido. Porém, se o doente não puder assinar a procuração, será necessário envolver o cartório, promotor e tantas outras situações quantas forem as possibilidades que a vida pode proporcionar.

Aqui novamente os saberes do pólo 2 requisitam os do pólo 1 para ancorar a tomada de decisões, mediante análise do pólo 3, onde se dá o confronto de valores. Pois se a doença que acarretou a internação fosse decorrente de agressão na família teria que ser

³⁷⁰ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 23.

revista a decisão de convocar os parentes para não expor o doente a um risco de vida por colocá-lo na presença do agressor.

Ao escolhermos do depoimento da estudante a atividade de fazer a ligação mostramos que ela não se reduz a mero ato de execução. Aos poucos fomos trazendo a rede de interdependência funcional, ou seja, as diversas atividades profissionais na situação de trabalho do Núcleo das Enfermarias. Isto tudo mostra que não se consegue capturar a amplitude e a possibilidade de variação que permeiam este meio, porque ele é vida e como tal, multifacetada, um caminho em aberto na direção do devir.

“Então fazer reconhecer nosso trabalho! As equipes começaram a respeitar depois que conheceram o trabalho. Até enquanto eles não conhecem o trabalho... eles agora solicitam, ligam, perguntam. Porque até quando eles não conhecem o seu trabalho eles não respeitam. É meio difícil! Você tem que conquistar.[pausa] Mas compensou, aprendi a conquistar.”

(Depoimento da 3ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

Observa-se que a estudante não fala a partir de qualquer lugar, mas sim a partir do seu lugar no processo de realização da sua atividade de trabalho. Que não é individual, mas interdependente.

“O Serviço Social enquanto profissão deve ter boa formação de trabalho, saber dividir com equipe e saber crescer com ela.”

(Diário de Campo 1ª Estudante ? estagiária? grifos)

Na situação de entrevista, quando indagamos sobre o relacionamento com as equipes de profissionais as estudantes descreveram, basicamente, as relações que estabeleceram de modo hierarquizado, primeiro referem-se aos médicos e depois à enfermagem, numa representação da hierarquia existente na área de saúde, lugar do saber médico e de seu poder.

“Para ser sincera eu tinha um pouco de dificuldade, não com todos, alguns eram até mais acessíveis mas, eu não sei, eu ainda sinto isso deles dentro de um hospital, por exemplo, médico em relação a outros técnicos ali dentro, eu não sei se é coisa da minha cabeça, mas tenho a impressão que eles se sentem meio que superiores lá dentro. E que, sei lá..., de certa forma acho que até são não é? Porque acho que é uma vida ali que está na mão deles. Mas eu senti um pouco de dificuldade. Em relação à equipe de enfermagem eu acho que não, não é? Mas em relação aos médicos eu já achava mais difícil.”

(Depoimento da 2ª Estudante ? estagiária ? grifos nossos)

A preocupação em perguntar “*não sei se é coisa da minha cabeça*” surge em decorrência do receio de que aspectos do “si” a impeçam de fazer uma leitura pertinente e demonstra a preocupação em ponderar seriamente sobre os relacionamento na equipe de

profissionais. A supremacia médica aparece novamente como fator relevante, todavia deixa claro que suas dificuldades, se deram com alguns “*não com todos, alguns eram até mais acessíveis.*”

Quando colocamos a questão sobre equipe, as estudantes também se referiram aos entendimentos que precisavam estabelecer com as entidades governamentais e não governamentais posto serem elos importantes no estabelecimento de um trabalho centrado na atenção a saúde e comprometido com a vida.

“O Serviço Social atualmente não trabalha isolado, necessita das políticas públicas para obter recursos e do diálogo com outras prefeituras para adquirir a concretização de seu trabalho.”

(Diário de Campo da 7ª estudante ? estagiária – grifos nossos)

A dificuldade de colocar em palavras e, portanto em transmitir os saberes nascidos da experiência se coloca como uma dificuldade adicional tanto para aprender a trabalhar as interfaces de cada situação particular, conforme discutimos no capítulo 2, quanto para a realização da gestão do tempo da internação, que implica em lidar com as interfaces em uma “*combinação parcialmente inédita entre normas antecedentes (...) cada qual com sua história própria, e cujo encontro, constituindo-se uma situação nunca idêntica a outra qualquer.*”³⁷¹ Torna-se necessário utilizar-se destes saberes para fazer micro-escolhas que envolva doentes, familiares, médicos, enfermeiras, nutricionistas, residentes, trabalhadores da limpeza, recepcionistas, motorista do hospital e de outros serviços da região de Campinas. O desafio ao uso de si por si é intenso. A 3ª estudante busca definir este período de formação, a partir do trabalho:

“a experiência modificou totalmente a [se nomeia] a [se nomeia novamente] que entrou aqui no estágio era uma, a [se nomeia] que está saindo é outra. Eu amadureci no campo de relacionamento com as pessoas ? como eu falei antes ? de ouvir as pessoas, de estar mais atenta aos detalhes, de aprofundar, de buscar motivos, de buscar os por quês de hoje, nada de hoje é por acaso, teve o antes não é? De buscar os por quês, então eu acho que eu amadureci nesse ponto de não ser aquela adolescente ou começando a juventude intempestiva de achar: ‘Eu acho que é por isso’. Quebrar os ‘achômetros’, quebrar os preconceitos e procurar respostas lógicas, concretas do por que, às vezes eu acho que minha cabeça não é mais de 27 anos, eu acho que é de mais, a experiência de vida que eu tenho hoje não é igual a das outras moças que tem 27 anos de outras áreas. Eu não vejo o mundo maravilhoso, mas também não vejo ele tão feio, nem vejo ele tão impossível.”

(Depoimento da 3ª Estudante– estagiária – grifos nossos)

³⁷¹ Yves SCHWARTZ, *Os ingredientes da Competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel*, p. 10.

Na procura de se formar através da atividade de trabalho, a estudante que também está realizando a formação acadêmica vê-se desafiada a articular o mundo da educação e do trabalho. Desafio este que consiste na articulação do mundo da educação e do mundo do trabalho, ou seja, da esfera da formação e do trabalho. O amadurecimento foi um dos aspectos que todas elas apresentaram nos seus depoimentos como tendo sido adquirido a partir destas convocações presentes no atendimento e na realização de sua formação. O contínuo desafio para a estudante transitar entre os saberes disciplinares, os saberes da experiência e viver em intensidade as convocações para tomada de decisões levaram-nas, continuamente, a buscarem superar os obstáculos presentes nas infidelidades do meio e a realizarem um trabalho sinérgico pautado na cooperação.

Os dilemas que se colocam para as diversas profissões e ocupações, no cotidiano da área da saúde revelam, dificuldades que ora as aproximam uma das outras, ora as afastam dos horizontes trilhados pelos coletivos. É na coragem de perseguir continuamente e de consolidar um trabalho sinérgico, que reside a força de encetar sempre encontros ainda, que desencontros surjam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS ? EXPERIÊNCIA: DESAFIOS E HORIZONTES

Neste trabalho discutimos a formação de estudantes de Serviço Social em hospital universitário, *locus* onde convivem vida, esperança, doença, desalento, morte, poder, saberes, tecnologia e lógica mercantil em tensão com valores sem dimensão como o da ética e do bem comum. Local onde profissionais e estudantes transitam todo o tempo entre diversas linguagens e lógicas. Lugar de uso contínuo da sensibilidade no cuidado com a vida, mas de dificuldade de colocá-la em palavras.

A formação no Serviço Social através das atividades de trabalho no estágio supervisionado não pode perder de vista a tensão permanente entre a temporalidade da vida, ergológica, e a temporalidade mercantil na via que transita para realizar a sua intervenção. O trabalho das estudantes não se dá centrado, somente, no aqui e agora mas tem em mente a construção de um amanhã. Dificuldades surgem todos os dias e se constituem em desafios de hoje na busca de alternativas, contudo não se pode perder de vista que ontem e amanhã são condições indispensáveis para que a vida possa ter sentido em outros tempos e lugares conforme seus possíveis singulares.

Na área de saúde, face a especificidade da convivência diária com o “objeto” vida/morte, é demandado e vê-se alargado realizar o desafio de uma dimensão técnica e outra não-técnica. A efetivação do cuidado na saúde se dá através do trabalho de equipes, que requer capacidade de construir sinergias e cooperações. Isto demanda de todos os profissionais e dos estudantes, uma disponibilidade para transitar entre diversas áreas de saberes, sem perder de vista, os saberes do seu ofício.³⁷²

A convivência diária com a exclusão, doença e a pobreza parece ter revelado às estudantes uma face dura e real de uma sociedade centrada na lógica mercantil. Experiência esta que as sensibilizou para o valor da vida e as encorajou a persistir numa luta diária por um mundo melhor.

As estudantes enfrentaram todos os dias histórias de exclusão, violência e dor e, ainda assim, encontraram neste desafio forças para construir seu itinerário de formação:

³⁷² Yves SCHWARTZ, Trabalho e uso de si, *Pro-Posições* 11, 2 (32) : 38.

conciliando saberes disciplinares, saberes práticos nascidos da/na experiência marcados por seu próprio patrimônio histórico acumulado no encontro/confronto com os princípios éticos que norteiam a profissão, a saúde e suas próprias vidas.

Em nosso estudo apreendemos que os mesmos desafios que afastaram algumas estudantes do caminho inicialmente escolhido, conduziram outras à possibilidade da construção de pontes para superar estes obstáculos e abrir-lhes horizontes.

A preocupação com os limites da vida apareceu de forma intensa, porém não foi explicitamente posta em palavras nos diários de campo, apesar dela ter sido, freqüentemente, apresentada para a supervisora. Neste momento da atividade de trabalho de supervisão, ela se expressava pela angústia da finitude que a morte coloca e pelo luto que dela advém. Nos diários encontramos ? espaços em branco e figurinhas felizes e coloridas que os decoravam ? indícios do indizível. Os depoimentos dos sujeitos revelaram alguns sentidos para estes silêncios: nos vazios e no silêncio dos diários o dilema de conviver entre o tênue limite entre vida/morte levou-as a redimensionar o sentido deste sofrimento ante a dor do outro e a de si. Tudo indica que através das figurinhas as estudantes enfeitaram um cotidiano desafiador e triste na busca de se lembrarem que a vida possuía encantos.

Acreditamos que a vivência do silêncio foi uma forma de preservar o “si” e esteve ancorada nos seus possíveis singulares, uma vez que a convivência com as situações concretas, ao mesmo tempo que lhes ensinava os saberes do seu ofício as atingia na sensibilidade de forma marcante. Nesse encontro com o doente, com sua família e as equipes de saúde nas atividades de trabalho as estudantes encontraram sentidos para (re)construir itinerários de vidas do outro e de si, tendo no horizonte a construção da cidadania como uma conquista. Nos constantes entendimentos que realizaram com os demais serviços da região ? para que os doentes pudessem usufruir do direito ao cuidado da vida ? faz-se presente o ideário do estatuto do direito e na defesa de um Sistema de Saúde Público que tenha, verdadeiramente, por princípio a igualdade e a universalidade do direito.

Na realização das atividades de trabalho no cotidiano as estudantes lidaram com dificuldades para articular o mundo da educação e do trabalho, pois no encontro/confronto

com situações reais de vida viram-se desafiadas a realizar o trabalho como uso de si e uso de si por si – surgindo deste encontro a superação do medo ante o desconhecido, dando lugar à possibilidade da criação do novo e da defesa da vida.

O envolvimento nessa teia de relações do cotidiano revela limites, expõe as estudantes às dificuldades, ensina-as a se superarem a cada dia, (re)questiona os saberes disciplinares e lhes confere sentido, introduzindo vida e dinamismo na construção de seus itinerários de saberes. A formação através da atividade de trabalho no estágio se dá na vida. Esta atividade, tende a ser sempre um desafio, pois ela introduz a possibilidade do novo, do inédito, do diferente, do singular e, necessariamente, coloca no circuito da vida, a presença marcante do outro.

Parece-nos que no diário de campo se registra o que a estudante vai se tornando, enquanto que, na supervisão se revela uma parte deste processo. Ora, por que uma dificuldade pode ser dita, sem contudo, dever ser escrita? Acreditamos que esta diferença no trato da dificuldade seja decorrente do limite que separa o que “*se pode*” e o que “*se deve*” revelar. No registro escrito apresentam-se os resultados e a demonstração da apreensão dos códigos e dos saberes disciplinares. Já, no verbal tem lugar a possibilidade do trânsito e da construção, espaço de continência e sinergia. No conjunto, a busca da construção do sujeito...

“Só gostaria de salientar que a experiência é indispensável para aprender a exercer uma profissão, assim como o ouro se não passar pelo fogo jamais será ouro, também o aluno se não passar pela experiência, e não passar pela dificuldade, ele nunca vai aprender. Você tem que aprender agir, agindo!”

(Depoimento da 6ª Estudante?estagiária)

BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, J. A. G. *Instituição e poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986. 163 p.
- ALVAREZ, Denise. *A temporalidade, a organização do trabalho e a avaliação da produção acadêmica: o caso do instituto de Física da UFRJ*, 2000. 270 p. (Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- ANTUNES, JOSÉ L. F. *Hospital: instituição e história social*. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168 p.
- ARENDT, Hannah. *A condição humana*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1989. 338 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL. *Formação profissional: trajetórias e desafios*. São Paulo: Cortez, nov. 1997. v.7, 168 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023. *Informação e documentação – referências – elaboração*. Rio de Janeiro: ago. 2000. 22 p.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BOURDIEU, Pierre. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 151 p.
- BUARQUE DE HOLANDA, Aurélio. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 1499 p.
- BURIOLLA, Marta A. F. *Supervisão em Serviço Social: o supervisor, sua relação e seus papéis*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 209 p.
- BURIOLLA, Marta A. F. *O estágio supervisionado*. São Paulo: Cortez, 1999. 176 p.
- CAMILO, Maria V. R. F. *A universalidade de acesso enquanto expressão do direito à saúde. A trajetória histórica do hospital de Clínicas da UNICAMP (1966?1996)*, 1997. 166 p. (Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)
- CAMPOS, Gastão W. S. *Reforma da reforma*. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 307 p.

- _____. *Meio e normas do homem no trabalho*. Cahiers Internationaux de Sociologie. Éd. Du Seuil. Deuxième Année, Vol III, cahier double, 1947. 120?136 p. (Tradução: Conceição Vigneron; revisão técnica: Maria Inês Rosa) (Mimeografado) Publicado também *Pro-Posições*. Campinas, (35?36) : [prelo], jul./ nov. 2001
- CARDOSO, Ruth (org.). *A aventura antropológica: teoria e pesquisa*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 156 p.
- COHN, Amélia, ELIAS, Paulo E. M. *Saúde no Brasil: política e organização de serviços*. São Paulo: Cortez, 1996. 117 p.
- DIAS, Deise de S. *Jovem aluno trabalhador do ensino médio: a articulação entre trabalho e educação*, 2000. 166 p. (Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais)
- DURAFFOURG, Jacques. *Um robô, o trabalho e os queijos: algumas reflexões sobre o ponto de vista do trabalho*. In: DIEESE (org.). *Emprego Desenvolvimento Tecnológico: Brasil Contexto Internacional*. São Paulo: apoio publicação CNPq, FAT, SEFOR/Mtb, 1998. P. 123?144.
- ELIAS, Norbert. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. 201 p.
- FLEURY, Sônia. *Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina*. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1994. 252 p.
- FOUCAULT, Michel. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998. 241 p.
- FRANÇOSO, Maria de F. de C. *Histórias de viver o Serviço Social*, 1986. 173 p. (Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas)
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983. 220 p.
- FREUD, Sigmund. O mal estar na civilização. In: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro, Imago, 1974. v. XXI, p. 81?171.
- GONÇALVES, PAULO C. C. *Formação do trabalhador e ensino profissional: a Escola Profissional Masculina de Rio Claro*, 2001. 189 p. (Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas)
- GRUPO ESPECIAL PARA A DESCENTRALIZAÇÃO (GED/MS). *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. *Saúde em Debate*. n ? 38 : 4 ? 31, mar. 1993.
- INSTITUTO DE ESTUDOS AVANÇADOS/ USP. Dossiê Saúde pública. *Estudos Avançados*. São Paulo: IEA, 1999. 13 (35). 277 p.

- LUZ, Madel T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981. 295 p.
- MACHADO, Anna R. *O diário de leituras: a introdução de um novo instrumento na escola*. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 263 p.
- MADEIRA, Felícia R. Violência nas escolas: quando a vítima é o processo pedagógico. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, 13 (4) : 49? 61, out./dez. 1999.
- MARSÍLIA, Regina G. *Relação ensino/serviços: dez anos de Integração Docente Assistencial (IDA) no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1995. 118 p.
- MARTINELLI, Maria L. *Modelos de ensino de Serviço Social: uma análise crítica*. 3. ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1978. 109 p.
- _____. *O Serviço Social: Identidade e alienação*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 165 p.
- _____. O ensino teórico-prático do Serviço Social: demandas e alternativas, *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, XV (44) : 61?76, abr. 1994.
- _____. O Serviço Social na transição para o milênio: desafios e perspectivas, *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, XIX (57) : 133?48, jul. 1998.
- MARTINELLI, Maria L., RODRIGUES, Maria L., MUCHAIL, Salma T. (org.). *O uno e o múltiplo nas relações entre as área do saber*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998. 172 p.
- MARTINS, Heloísa H. T. de S. *A difícil transição: análise de trajetórias ocupacionais de jovens operários metalúrgicos*. *Pro?Posições*. Campinas, v. 11, nº 2 (32): Letras & Letras, p 18?27, jul. 2000.
- MERHY, Emerson, ONOCKO, Rosana *Praxis en Salud: um desafio para lo público*. Buenos Aires?São Paulo: Editorial?Hucitec, 1997. 385 p.
- MINAYO, MARIA C. S. (org.) *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo ?Rio de Janeiro: Hucitec ?Abrasco, 1995. 385 p.
- _____. (org.) *O Desafio do Conhecimento*. 4. Ed. São Paulo?Rio de Janeiro: Hucitec?Abrasco, 1996. 269 p.
- MUNIZ, Helder P. *A gestão do tempo de permanência do paciente de NeuroCirurgia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho*, 2000. 172 p. (Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro)
- ORLANDI, Eni P. *As formas do silêncio: no movimento dos sentidos*. 4. ed. Campinas: Ed. Unicamp, 1997. 189 p.

- PINTO, Rosa M. F. *Estágio e supervisão: um desafio teórico-prático do Serviço Social*. São Paulo: PUCSP - NEMESS, 1997. 134 p.
- PITTA, Ana. *Hospital dor e morte como ofício*. 4. Ed. São Paulo: Hucitec, 1999. 198 p.
- POSSAS, Cristina. *Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1989. 271 p.
- QUEIROZ, Maria I. P. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991. 171 p.
- REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP. Número especial comemorativo dos 30 anos de fundação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas: FCM. maio 1993. 55 p.
- RICO, Elizabete de M. Considerações sobre a proposta de normatização do exercício da supervisão e credenciamento de instituições ? campos de estágio. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, V(15): 103?24, ago. 1984.
- ROSA, Maria I. *Trabalho subjetividade e poder*. São Paulo: Edusp ?Letras & Letras, 1994. 228 p.
- _____. Do governo dos homens: novas responsabilidades do trabalhador e acesso aos novos conhecimentos. *Educação & Sociedade*. Campinas, XIX (64): CEDES, p 130?47, set. 1998.
- _____. Trabalho ? nova modalidade de uso de si : debates e confronto de valores. *Pro?Posições*. Campinas, v. 11, n° 2 (32): 51?9, jul. 2000.
- ROSA, Maria I. *et alii*. Trabalho, não-trabalho, trabalhadores: construindo um projeto coletivo de histórias oral. *Seminário a História Oral no Sudeste: avaliação e perspectiva*. USP. São Paulo, 30 a 31 de março, 1998.
- SCHWARTZ, Yves. Pensar o trabalho e seu valor. *Idéias*, Campinas, 3 (2): 109?121, jul./dez. 1996
- _____. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Espaces de travail, espaces de parole*. Publications de l'Université de Rouen, Collection Dyalang, 1999 (Tradução: Alain P. François; revisão técnica: Maria Inês Rosa). Mimeografado, 25 p. Publicado também na Revista *Educação & Sociedade*, Campinas, 65: 101?39.
- _____. Trabalho e uso de si. *Pro?Posições*. Campinas, 11, 2 (32): 34?50, jul. 2000.
- _____. Trabalho e educação. *Presença Pedagógica*. Belo Horizonte, 7 (38): 5?17, mar./abr. 2001.

- SEVERINO, Antônio J. *Metodologia do trabalho científico*. 21. ed. ver. e ampl. São Paulo: Cortez, 2000. 279 p.
- SILVA, Maria D. O estágio na formação profissional ? elementos para análise. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, XV (45): 147?55, ago. 1994.
- SPOSATI, Aldaíza de O. *Carta Tema: A assistência social no Brasil, 1983?1990*. São Paulo: Cortez, 1991.
- TEMPORALIS. Brasília. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa de Serviço Social. ano 1, n° 1, jan./ jun. 2000.182 p.
- TEMPORALIS. Brasília. Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. ano 2, n° 3, jan./ jul. 2001. 88 p.
- THIOLLENT, Michel. *Crítica metodológica, investigação social & enquete operária*. São Paulo: Polis, 1980. 270 p.
- TOLEDO, Laisa R. D. C. Considerações sobre a supervisão em Serviço Social. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, V (15): 67?81, ago. 1984.
- VIDAL, Diana G. *O exercício disciplinado do olhar: livros, leituras e práticas de formação docente do Instituto de Educação do Distrito Federal (1932? 1937)*, 1995. 230 p. (Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo)
- VIEIRA, Balbina O. *História do Serviço Social: contribuição para a construção de sua teoria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1978. 237 p.
- ZIMERMAN, David E. Condições necessárias para um analista. *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999. 478 p.

OUTRAS FONTES

- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal da Educação. Resolução n° 242/70, de 13 de março de 1970. Fixa o currículo mínimo e estabelece a duração do curso de Serviço Social.
- _____.Lei n° 1889, de 13 de junho de 1953. Dispõe sobre os objetivos do ensino do Serviço Social, a estruturação e ainda as prerrogativas dos portadores de diploma de assistentes sociais e agentes sociais. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Senado Federal, 20 de junho de 1953.
- _____.Lei n° 3252/57. Regulamenta o exercício da profissão de assistente social. Rio de Janeiro, 27 de agosto de 1957.

_____. Conselho Federal da Educação. Resolução nº 412/82, de 15 de agosto de 1982. Dispõe sobre o novo currículo mínimo do curso do Serviço Social.

_____. Lei nº 6494, de 07 de dezembro de 1977. Dispõe sobre estágio de estudantes de estabelecimento de ensino superior e de ensino profissionalizante do 2º grau e supletivo e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº 8662/93, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 08 de junho de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Base do Sistema Único de Saúde 01/1996. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. Brasília, DF: Secretaria de Política de Saúde, 1999. 159 p.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. Código de Ética Profissional do Assistente Social. Aprovado em 30 de janeiro de 1975.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. Resolução nº 273/93. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 de março de 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução nº 383/99. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, DF, 29 de março de 1999.

DIÁRIOS de Campo das Estudantes Estagiárias. Serviço Social do Núcleo das Enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas : 1995?2000. 16 v. Manuscritos. Não Paginados.

JOAZEIRO, Edna M. G. *Diários de Supervisão*. Serviço Social do Núcleo das Enfermarias do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: 1995?2000. 3 v. Manuscritos. Não Paginados.

JORNAL DA UNICAMP. *30 anos: breve passado, longo futuro*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, ano X, nº 115, out. 1996. 16 p.

SÃO PAULO (Estado). *Regimento Geral da Universidade Estadual de Campinas*. Campinas/SP: UNICAMP, 1977. 92 p.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde: Coordenadoria de Saúde do Interior. *Relação de Municípios com respectivas populações, em ordem Alfabética por DIR, s/data*. Mimeografada. Não Paginada.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Organização Geral [do] Hospital das Clínicas. Campinas. Maio/ 1977. Não paginado.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Portaria GR 062/86. *Estrutura Administrativa do Hospital das Clínicas*. 24 de março de 1986. Mimeografado. Não paginado.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Reitoria da Universidade. *Relatório do Quatriênio* abril?1986 a abril?1990. 132 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Portaria GR 187/90. Dispôs sobre a admissão de estagiário?bolsista na UNICAMP, 18 de setembro de 1990. Mimeografado.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas. *Relatório de Atividades maio?1988 a maio?1991*. Não paginado.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Reitoria da Universidade. *Relatório do Biênio* abril?1990 a abril?1992. 67 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas. *Relatório de Gestão maio?1991 a maio?1994*. 67 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Superintendência do Hospital das Clínicas. *Relatório de Gestão maio?1994 a maio?1997*. 21 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Diretoria do Serviço Social do Hospital das Clínicas. *Plano de estágio para alunos de Serviço Social para o Ano de 1996*, fev. 1996. (Mimeografado).

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Serviço Social do Hospital das Clínicas. *Relatório Triênio 1991 a 1993*. Mimeografado. Não paginado.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Serviço Social do Hospital das Clínicas. *Relatório das atividades maio?1997 a abril?2000*. Mimeografado. 19 p.

BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. *HC Informa*. Nº 4, jan./ fev. 1999.

BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. *HC Informa*. Nº 5, mar./ abr. 1999.

BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. *HC Informa*. Nº 6, maio/ jun. 1999.

BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas. *Indicadores HC*. Nº 1, jan./fev./mar. 2000.

BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.
Indicadores HC. Nº 2. abr./maio/ jun. 2000.

BOLETIM INFORMATIVO [do] Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas.
Indicadores HC. Nº 3. jan./fev./mar. 2001.